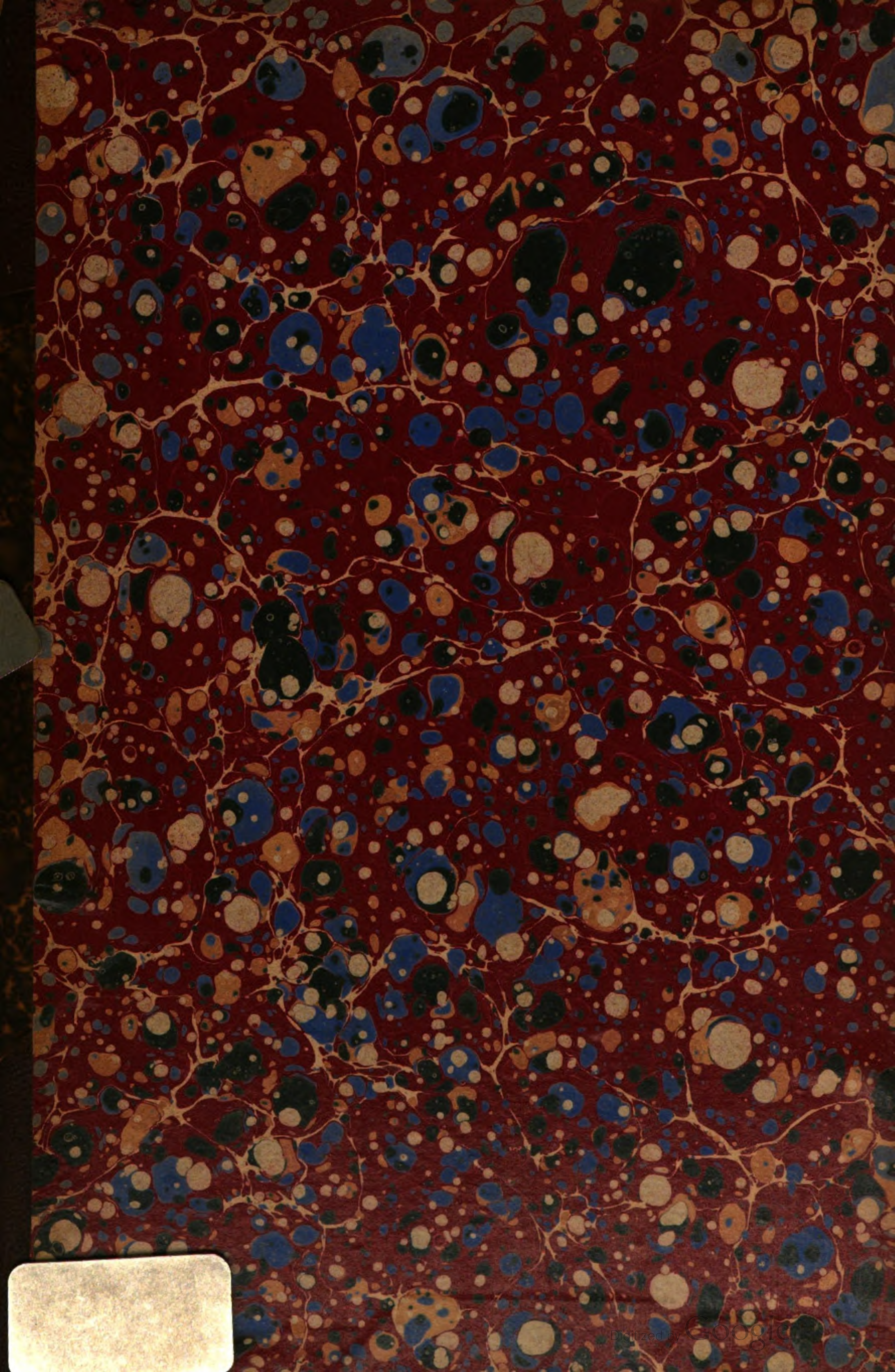




REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

FONDÉE ET PUBLIÉE PAR

Le Docteur Jules CHÉRON

Médecin de Saint-Lazare

Professeur libre de gynécologie (École pratique),
Docteur ès sciences, Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction Publique,
Membre de la Société de Médecine de Paris, Lauréat de l'Institut (physiologie expérimentale), Lauréat de la Faculté de Médecine (prix Barbier), etc.

AVEC LA COLLABORATION SCIENTIFIQUE DE MM. LES DOCTEURS :

JOSEPH BERRUTI
Agrégé à la Faculté de Médecine, Professeur à l'Université Royale de Turin.

DEMBO
de Saint-Pétersbourg.

HÉLOT
Chirurgien chef des Hôpitaux de Rouen

LÉON LABBÉ
Professeur agrégé de la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

LANNELONGUE
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux.

LE PILEUR
Médecin de Saint-Lazare.

PÉAN
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis.

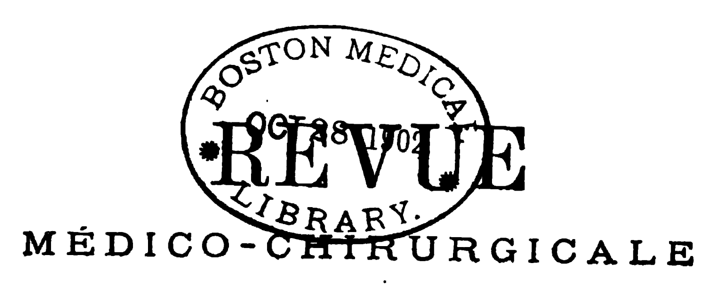
E. VERRIER
Ancien préparateur des cours d'accouchements à la Faculté de Médecine de Paris.

DOCTEUR R. FAUQUEZ
Médecin-adjoint de Saint-Lazare,
Officier de l'Instruction publique,
Secrétaire de la Rédaction.

JANVIER 1886

PARIS
CHEZ COCCOZ, LIBRAIRE-ÉDITEUR
11, RUE DE L'ANCIENNE-COMÉDIE

1885



REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

DES TROUBLES NERVEUX RÉFLEXES EN RAPPORT AVEC LES MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME.

Le Docteur Hégar, de Stuttgard, a publié, dans le *Deutsche Medizin. Zeitung*, n° 85, 1885, un excellent mémoire sur le rapport qui existe entre les affections génitales et les maladies nerveuses et sur la castration chez les névrotiques. Il existe, en effet, toute une série d'affections nerveuses et de troubles nerveux réflexes ayant leur point de départ dans une affection des organes génitaux.

On peut considérer la moelle et le système sympathique comme les organes vecteurs des impressions morbides transportées aux organes éloignés. Goltz a démontré que, dans la moelle lombaire se trouve une sorte de centre pour les nerfs qui viennent des parties génitales ou qui s'y rendent. Les nerfs vaso-moteurs qui innervent les vaisseaux de l'abdomen et du bassin naissent également de cette partie de la moelle et peuvent renvoyer sous forme de congestion utérine pouvant entraîner soit l'aménorrhée, soit la dysménorrhée, soit même de véritables lésions de texture, les impressions produites sur les centres nerveux par un choc physique, un choc moral, l'action du froid, etc., impressions qui ont pour résultat la perte de tonicité des centres vaso-moteurs.

Le Dr Engelmann, de Saint-Louis (*Etats-Unis*), a fait une étude

très complète de ces affections réflexes et a publié, en 1880, sous le nom de *hystéro-névroses*, une série de cas dans lesquels il a pu observer des phénomènes simulant l'état morbide d'un organe, sans changement de structure de cet organe, dus à une action réflexe, à une hyperesthésie sympathique provoquée par des troubles utérins, lesquels phénomènes, rebelles à toute médication locale, cessent facilement dès qu'on s'adresse à la cause du trouble utérin, à la condition, toutefois, qu'on intervienne dès la première période qui est purement nerveuse. Si on laisse s'établir, dans la suite, des altérations de structure dans les organes atteints par les troubles réflexes, on se trouvera plus tard en présence d'une véritable maladie sur laquelle la disparition du trouble utérin n'aura plus la même influence.

Les troubles réflexes d'origine utérine sont susceptibles d'atteindre un grand nombre d'organes. Les troubles cérébraux ou cérébro-spinaux sont souvent étroitement liés aux périodes de désordres sexuels, à la puberté, à la ménopause, à la menstruation, à la grossesse et à l'accouchement. De tout temps, les médecins aliénistes ont reconnu l'influence des organes sexuels sur les fonctions mentales et ont insisté sur l'importance de l'examen de l'utérus dans le traitement de la folie et tous les médecins admettent aujourd'hui l'existence de ces phénomènes réflexes qui se développent dans les centres cérébraux pendant la période d'activité sexuelle de la femme, tels que les attaques épileptiformes de la puberté se reproduisant souvent à chaque période menstruelle, l'exacerbation de la maladie mentale au moment des règles, la monomanie puerpérale, les désordres qui se produisent au moment de la ménopause, les amnésies signalées par M. le Dr Rouillard dans les cas d'aménorrhée et après l'accouchement, la folie qui se développe après le mariage.

Les yeux sont également le siège des mêmes troubles réflexes qui se manifestent, le plus généralement, par de l'amaurose ou de l'amblyopie. Il en est de même du pharynx et du larynx ; chez ce dernier, le phénomène réflexe est caractérisé par une toux sèche, saccadée, que l'on observe souvent chez les jeunes filles.

Dans ces cas, l'examen du larynx ne révèle aucune lésion de cet organe.

Les filets bronchiques du pneumogastrique peuvent subir aussi l'action réflexe provenant d'une irritation de l'appareil utéro-ovarien qui se manifeste par une toux dure et persistante ou par des crises d'asthme très violentes et très douloureuses. Nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'asthme d'origine utérine des plus intenses. Les crises qui se renouvelaient assez fréquemment étaient surtout provoquées par l'apparition de la menstruation et par les rapports sexuels devenus impossibles, tellement la suffocation de la malade était violente et insupportable. L'application du spéculum donnait également lieu à une crise des plus vives. Ces crises d'asthme ont complètement disparu après la guérison d'une métrite parenchymateuse chronique accompagnée de rétroflexion dont la malade souffrait depuis plusieurs années.

Dans l'appareil digestif, les intestins et l'estomac, ce dernier surtout, présentait des troubles en rapport avec des affections utérines.

Les troubles les plus fréquents de l'estomac sont caractérisés par le gonflement de la région épigastrique, la perte de l'appétit, les nausées, les vomissements. Ces phénomènes réflexes s'observent généralement au moment de la période menstruelle et sont, le plus souvent, en rapport avec une menstruation difficile. Le gonflement avec douleurs et digestions difficiles se rencontre le plus fréquemment ; on observe plus rarement les nausées et les vomissements. L'époque à laquelle ces phénomènes se produisent le plus souvent est de 2 à 4 jours avant l'apparition du flux menstruel. Ils cessent en général avec cette apparition et durent de 2 à 3 jours, quelquefois 4, mais peuvent aller jusqu'à 6 à 8 jours.

Certains phénomènes qui se manifestent exclusivement dans le domaine des plexus lombaire et sacré sont désignés par le docteur Hégar sous le nom de symptômes de *la moelle lombaire* et consistent en sensations douloureuses dans la région des reins, dans les régions iliaques, dans les cuisses et les jambes, en demi-paralysies des extrémités inférieures, en difficultés de miction et de

défécation, en une douleur très vive localisée exactement à la pointe du coccyx et connue sous le nom de coccygodynie. Les manifestations qui se passent dans les organes innervés par le nerf vague et le sympathique sont les névralgies intercostales, la mastodynie, la cardialgie, les vomissements, le globe hystérique, l'aphonie, etc.

Il est inutile de chercher à nier, comme l'ont fait quelques auteurs, l'influence des maladies de l'utérus sur la production de certaines affections nerveuses. S'il existe des observations dans lesquelles on a constaté l'existence d'une congestion utérine, d'une métrite chronique parenchymateuse ou muqueuse, d'une pelvi-péritonite, d'une déviation, d'une flexion etc., sans troubles concomitants du côté des autres organes ou du système nerveux, il en est un assez grand nombre qui démontrent suffisamment la relation de cause à effet qui existe entre les affections utérines et les troubles nerveux pour que la doctrine qui considère ces derniers comme des phénomènes réflexes subsiste tout entière.

Certes, il existe une quantité de femmes hystériques qui n'ont jamais présenté le moindre désordre du côté de l'appareil utéro-ovarien ; mais combien, d'autre part, avons-nous vu de troubles nerveux revêtant toutes les formes de l'hystérie se produire en même temps qu'une affection utérine et disparaître après la guérison de cette dernière.

Rien n'autorise à dire que ces troubles appartiennent à une hystérie existant déjà, pour ainsi dire, à l'état latent et qu'ils auraient pu se manifester à toute autre occasion que celle de l'affection utérine.

Il a été démontré, dans plusieurs articles de cette revue, que le vaginisme est un trouble réflexe ayant son point de réflexion dans la moelle, au niveau des 7me et 8me vertèbres dorsales et son point de départ, le plus souvent, à l'utérus.

Dans ces cas, l'affection de l'appareil utéro-ovarien s'accompagne d'une hyperesthésie vulvaire qui provoque, par effet réflexe, une irritation spinale localisée au niveau des 7me et 8me vertèbres dorsales, dont l'exacerbation et la persistance amènent la contrac-

tion, d'abord intermittente, puis plus tard permanente du constricteur du vagin, contraction qui constitue le *Vaginisme.*

Il ne convient pas de dire, pour prouver l'absence de relation entre les troubles nerveux et les affections utérines, que chez un certain nombre de femmes qui présentent cette association d'états morbides, on voit, après la guérison de l'affection utérine, persister les troubles nerveux ; on connaît trop bien la ténacité des affections dans lesquelles le système nerveux est intéressé, pour ne pas comprendre que les troubles nerveux provoqués par une affection de l'appareil utéro-ovarien, peuvent même survivre à la disparition de leur cause provocatrice.

Nous ne voulons, pour preuve de cette relation, que le fait suivant facile à vérifier :

Dans un cas où des troubles nerveux sont en concomitance avec une maladie de l'appareil utéro-ovarien, soignez le trouble sans vous occuper de l'utérus, vous n'arriverez à aucun résultat sérieux ; portez, au contraire, la plus grande somme de votre attention et de vos soins sur la maladie utérine, tout en traitant l'affection nerveuse, et vous verrez les phénomènes nerveux, quoique persistant quelquefois, céder peu à peu et disparaître complètement.

Partant de ce principe, on a admis que toute névrose ayant son point de départ dans les organes de la génération pouvait être guérie par l'enlèvement des ovaires et on a recours, dans ce but, à la castration.

Nous sommes, avec le Dr Hégar, d'avis que cette opération, pour donner le résultat qu'on en attend, doit être soumise à des indications nettes et précises qui ressortent de la présence d'un foyer d'irritation directe qu'il faut supprimer ou de la nécessité de provoquer une ménopause anticipée.

Il faut que les organes sexuels présentent une modification pathologique ayant résisté à toutes les autres méthodes de traitement et, de plus, que cette modification soit susceptible d'entraîner des dangers pour la vie, de menacer la santé psychique, d'empêcher toute occupation ou de rendre l'existence insupportable.

R. F.

De l'ignipuncture profonde du col de l'utérus

Par M. Jules Batuaud.

Ce mémoire est en grande partie la reproduction d'une revue que j'ai publiée sous le même titre dans la *Gazette médicale de Nantes* (numéros de mai et de juin 1885) et qui m'avait été inspirée par la lecture de la thése intéressante de M. Manuel Gonzalès parue dans la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes* (numéros d'octobre, novembre et décembre 1884).

Si je reviens aujourd'hui sur ce sujet que quelques-uns ont bien voulu trouver digne d'intérêt, c'est pour essayer de mieux mettre en relief ce qui est la caractéristique de l'*opération de Chéron*, et pour insister sur certains points intentionnellement laissés de côté dans ma première étude. Ne ferais-je du reste que reproduire ici l'importante statistique de mon excellent maître, statistique portant sur 320 cas et que j'ai eu l'honneur de publier le premier, et indiquer les perfectionnements récents de la méthode, qu'on me pardonnerait les redites inévitables en pareil cas.

Parmi les applications récentes de la grande *méthode substitutive*, une des plus intéressantes, à mon avis, des plus utiles à connaître, est l'ignipuncture profonde du col de l'utérus telle que l'a imaginée ou du moins perfectionnée au point d'en faire une opération toute nouvelle et vraiment sienne, mon savant maître en gynécologie, le Dr Jules Chéron. Remplacer par une inflammation suppurative, fût-elle violente, mais marchant rapidement vers une guérison certaine, ces métrites parenchymateuses chroniques qui s'éternisent au point de lasser la patience des médecins consultés tour à tour, abandonnés finalement comme impuissants, à la honte de notre art; permettre à la régression utérine, interrompue malencontreusement par des imprudences de toutes sortes pendant les suites de couches, de se produire presque complètement et par là remédier aux anté et rétro-flexions que cette régression incomplète entretient après en avoir été la cause : tel a été le but. Le lecteur jugera si tel a été le résultat.

Depuis plus de dix ans, d'éminents gynécologistes français,

parmi lesquels je citerai MM. Courty, Gallard, Siredey et Chéron, pratiquent couramment l'ignipuncture du col dans la métrite parenchymateuse. Auquel revient l'honneur de la priorité? Les documents me font défaut, qui me permettraient de prononcer entre Paris et Montpellier, la Pitié et Saint-Lazare. En tout cas, cette opération n'a été au début, pour tous ces auteurs, qu'une application de la *méthode révulsive* : on faisait timidement 3, 4, 6 pointes de feu sur le col de l'utérus, soit avec le thermocautère (Gallard), soit avec le galvanocautère (Siredey), et on était obligé de répéter souvent ces cautérisations superficielles. Tout autre est le procédé actuel du Dr Chéron : parallèlement à la cavité cervicale, il enfonce dans le tissu utérin à 1, à 2 *centimètres et 2 centimètres* 1/2 *de profondeur au moins*, 20, *souvent* 60 *et quelquefois* 80 *flèches ignées*, suivant le volume du col. Non seulement on obtient ainsi une révulsion énergique et profonde, mais encore on développe sur une grande surface une inflammation suppurative violente qui, se substituant à une inflammation bâtarde de durée indéterminée, sera guérie en quelques semaines. Cette suppuration abondante, cette formation artificielle de tissu cicatriciel dans un organe ramolli, déterminent le retour de l'utérus sur lui-même, réveillent sa vitalité amoindrie, allègent son poids si pénible, le rendent résistant et apte à supporter désormais les pessaires et moyens mécaniques quelconques employés contre les déviations et flexions de la matrice.

C'est donc bien véritablement une méthode nouvelle, méritant d'être étudiée en détail. Voyons immédiatement dans quels cas et avec quels succès divers elle a été appliquée jusqu'ici.

M. Chéron a pratiqué, depuis 16 années, dans sa clientèle, à l'hôpital et à sa clinique de la rue de Savoie, 320 fois l'ignipuncture profonde du col, savoir :

a) Métrite parenchymateuse .... 10 cas.
b) Métrite muqueuse avec ou sans régression incomplète .... 76 cas.
c) Engorgement .... 85 cas.
d) Allongement hypertrophique du col...... 6 cas.

e) Antéflexions avec régression incomplète.. 6 cas.
f) Rétroflexions avec régression incomplète.. 73 cas.
g) Latéroflexions avec régression incomplète. 2 cas.
h) Versions avec régression incomplète ou engorgement......................... 42 cas.

Le nombre des flèches ignées a varié de 12 à 100. Le temps de l'opération a varié de 20 minutes à 1 heure 1/4. Le repos au lit a été maintenu pendant 8 à 20 jours. Les eschares sont tombées en moyenne au bout de 7 à 8 jours.

La cicatrisation complète a été obtenue en moyenne au bout de 55 jours.

Il n'y a eu d'accidents que dans deux cas :

Ces accidents ont été :

1° Un phlegmon du ligament large gauche, la malade ayant refusé de garder le lit ;

2° Une pelvipéritonite avec retentissement sur l'abdomen tout entier, donnant l'aspect, pendant 48 heures, d'une péritonite généralisée (même cause que dans le cas précédent).

A. *Métrites parenchymateuses.* — Dans les 10 cas de métrite parenchymateuse traitée par l'ignipuncture, les femmes avaient un âge variant entre 35 et 56 ans ; le début de l'affection remontait de 2 à 22 ans ; une seconde opération a été nécessaire dans 1 cas. La durée moyenne des troubles utérins après l'opération a été de 12 à 15 mois. Catéthérisme avant : 0,10 centimètres ; après : 0,07 centimètres. Réduction moyenne en hauteur : 3 centimètres. Cervicimètre avant : 0,045 millimètres ; après : 0,040 millimètres. Réduction moyenne en circonférence : 1/2 centimètre. La névralgie abdominale existait dans les 10 cas et a disparu dans tous les cas. Les sensations de pesanteur ont disparu dans tous les cas. La douleur utérine a disparu dans tous les cas également. Accidents : 0.

N. B. — Les cas compliqués de flexions ou de versions se trouvent rapportés à ces derniers titres.

B. *Métrites muqueuses.* — Dans les 76 cas de métrite muqueuse traités par l'ignipuncture, l'âge des femmes variait de 19 à 38 ans. Le début de l'affection remontait de 1 à 12 ans. Une secon-

de opération a été nécessaire dans 6 cas. Les troubles utérins ont persisté après l'opération de 3 mois à 15 mois. L'intervention a été causée : 1° par l'existence de régression incomplète dans 26 cas et alors on a noté une diminution moyenne en hauteur de 0,025 millimètres et en circonférence de 0,005 millimètres ; 2° par l'écoulement aigu métrorrhagique dans 50 cas. Accidents dans 2 cas (les 2 cités plus haut).

C. *Engorgements*. — Dans les 85 cas d'engorgement traités par l'ignipuncture, l'âge des femmes variait entre 21 et 48 ans. Le début de l'affection remontait de 2 ans à 22 ans. L'intervention fut faite à cause de l'état local et de l'état général. Les troubles utérins ont persisté de 6 mois à 3 ans après l'opération. Accidents : 0

D. *Allongements hypertrophiques*. — Nombre des cas : 10. Age des malades : 27 à 44 ans. Hypertrophies sus-vaginales : 8 cas (complications de cystocèle et rectocèle dans 6 cas). Hypertrophies intra-vaginales : 2 cas. Action maxima sur la longueur du col : 0,045 millimètres. On a fait disparaître les troubles utérins dans 4 cas d'une façon définitive et dans 3 cas pendant 2 à 5 ans. 3 malades ont été perdues de vue. Accidents : 0.

E. *Antéflexions*. — Nombre des cas : 6. Age des malades : 17 à 31 ans. Les troubles utérins dataient de la puberté ou du premier accouchement ; il y avait complication de métrite muqueuse dans 4 cas ; les pessaires ont pu rendre des services après l'opération dans 4 cas ; ils sont devenus inutiles dans 2 cas, la guérison ayant été complète et définitive après 2 à 3 ignipunctures.

F. *Rétroflexions*. — Nombre des cas : 73. Age des malades : 23 à 42 ans. Complications : métrite parenchymateuse dans 1 cas. Métrite muqueuse dans 28 cas. Action sur la flexion et sur la métrite absolue. Les anneaux ont pu être supportés après l'opération dans tous les cas ; ils ont été inutiles dans 16 cas, la guérison complète ayant été obtenue après 1 à 3 opérations.

G. *Latéroflexions*. — Nombre des cas : 2. Age des malades : 24 et 26 ans. Début des troubles utérins : puberté, chute. Complication : stérilité. Action des anneaux avant l'opération : nulle ; ils ont été au contraire utiles après. L'angle de flexion a diminué des 2/3. Dans 1 cas la stérilité a été guérie.

H. *Versions.* — Nombre des cas : 42. Age des malades : de 21 à 41 ans. Complications : défécation, marche pénible, etc. L'opération a permis la guérison dans 35 cas ; elle a agi sur les complications dans tous les cas ; il y a eu insuccès relatif dans 7 cas à cause d'adhérences solides préexistantes.

Revenons un peu en détail sur ces différentes *indications*, en suivant le même ordre que dans la statistique précédente.

Au premier rang, par la fréquence et par l'importance des résultats obtenus, se placent les *métrites* :

Dès que l'hyperémie, l'hyperémie avec exsudation, a fait place à un véritable travail de sclérose périvasculaire déterminant l'anémie de l'utérus enflammé chroniquement, le col devient moins douloureux et plus ferme au toucher en même temps qu'il pâlit et n'offre plus au spéculum cette teinte violacée caractéristique de la première période de la *métrite parenchymateuse*. C'est dans cette deuxième période, période d'organisation, que l'ignipuncture du col est indiquée ; plus tôt, c'était aux décongestifs de toutes sortes (scarifications, pansements glycérinés, injections émollientes et sédatives) qu'il fallait avoir recours ; maintenant ces moyens seraient impuissants contre la sclérose qui envahit l'organe utérin.

On devra de même utiliser l'ignipuncture dans tous les cas de *régression incomplète* si fréquente dans les classes pauvres où l'involution utérine à la suite des accouchements est si souvent arrêtée par un repos insuffisant et la reprise des travaux les plus pénibles, 5 à 6 jours après la délivrance. Facile à diagnostiquer par le catéthérisme de la cavité utérine, cette régression incomplète qui est la compagne habituelle, sinon la cause (Fauquez, thèse de Paris, 1879) des métrites, suites de couches, peut aussi déterminer l'*engorgement* de l'utérus et des *flexions* de cet organe. Par quel mécanisme ? C'est ce qu'indique très bien M. Gonzalès (thèse citée, page 27) : « D'après Depaul et la plupart des » gynécologistes, la régression de l'utérus marche de l'extérieur à » l'intérieur en se faisant uniformément dans tous les points de » l'organe. Il s'ensuit que l'isthme, qui est la partie la moins riche

» en fibres musculaires et par conséquent la moins hypertrophiée, » recouvre le premier sa texture primitive ; mais, fixée entre le » col et le corps, cette partie est la plus faible de l'organe. Le corps, » qui est la partie la plus volumineuse, a bien subi un certain de» gré de régression; mais cette régression venant à être arrêtée à » ce moment, il en résulte que l'isthme n'est pas suffisant pour » supporter le poids du corps que les ligaments eux-mêmes ne » pourront contribuer à soutenir, à cause de son relâchement et » de l'arrêt d'involution de l'utérus. Le corps hypertrophié non » soutenu tend alors à fléchir du côté de la face la plus volumi» neuse et nous aurons ou une antéflexion ou une rétroflexion. » De ces flexions résultera la compression des veines transversa« les situées dans la limite du corps et du col et par suite l'engor» gement avec toutes ses conséquences. Aussi voyons-nous sur» venir à la suite de la régression incomplète de l'utérus ou un » engorgement, ou une métrite, ou des flexions de cet organe. » Il suffit, du reste, d'avoir examiné complètement un certain nombre de femmes pour voir que régression incomplète, métrite et flexion sont souvent associées chez le même sujet. Pénétré de l'importance de la régression incomplète dans les flexions, on comprendra pourquoi les pessaires sont si souvent mal supportés et pourquoi il faut faire l'ignipuncture avant de songer à les utiliser... et on me pardonnera une discussion pathogénique pénible à lire.

Donc : régression incomplète, engorgement, flexions et versions utérines, métrite muqueuse et métrite parenchymateuse à la deuxième période, telles sont les principales indications de l'ignipuncture ; M. Gonzalès y ajoute l'allongement hypertrophique du col au début, que Simpson et Courty traitent par les caustiques chimiques, quand l'amputation ne paraît pas indispensable. Nous y reviendrons plus utilement à propos de l'observation V.

L'ignipuncture profonde du col présente, on le comprend sans peine, des *contre-indications* impérieuses et qu'il serait fort imprudent de méconnaître. Non seulement elle n'est pas indiquée histologiquement dans la première période de la métrite

parenchymateuse, mais encore elle exposerait à des hémorrhagies très abondantes et à la pelvi-péritonite si on avait la malencontreuse idée d'y recourir à ce moment. De simples cautérisations au thermocautère ont déterminé de semblables désastres, ainsi que le rapporte *Hollet* dans sa thèse (*Du traitement de la métrite chronique par la cautérisation au fer rouge. — Thèse de Paris*, 1878). La crainte salutaire des hémorrhagies devra également empêcher de pratiquer l'ignipuncture profonde dans les quelques jours qui précèdent et qui suivent les règles. Enfin, dans tous les cas où il existe une inflammation péri-utérine (adéno-lymphangite, phlegmon, pelvi-péritonite), il est presque inutile de le dire, le remède serait plus dangereux que le mal. L'opération peut cependant être faite si cette inflammation est très légère, et lorsque ses dernières traces auront disparu sous l'influence des pansements glycérinés préalables pendant quinze à vingt jours. Voici comment se font ces pansements : on imbibe le plus complètement possible un tampon d'ouate de glycérine pure rectifiée, marquant 30 à l'aréomètre Baumé, et on le porte sur le col mis à découvert au moyen du spéculum ; ce tampon est gardé par le malade 12 à 18 heures.

Ces inflammations péri-utérines sont tellement fréquentes que les gynécologistes prudents feront dans tous les cas des pansements glycérinés préparatoires.

J'ajouterai qu'en présence des résultats si heureux obtenus, dans ces derniers mois, par M. Chéron, au moyen des *injections hypodermiques de sels neutres* (phosphate de soude et sulfate de soude), comme fondant des engorgements péri-utérins, il y aurait peut-être lieu d'y recourir comme médication préparatoire dans nombre de cas — mais ce sujet est encore à l'étude... et je passe au *Manuel opératoire*.

La femme est placée dans la position de l'examen au spéculum. Si elle est irritable ou simplement nerveuse, on fera bien de produire au préalable l'anesthésie locale pour éviter de sa part tout mouvement intempestif. Dans mon mémoire sur les *applications thérapeutiques de la cocaïne en gynécologie* (*Jules Batuaud. — Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*,

Avril 1885), il est question d'une malade tellement nerveuse qu'on craignait une syncope à chaque scarification du col. On put cependant lui faire supporter sans douleur 40 flèches galvano-caustiques profondes en faisant à six reprises différentes des badigeonnages avec la solution à 10 0/0; l'opération avait duré 45 minutes.

Il est nécessaire de faire saillir dans le spéculum le col utérin, et le col seul, sans aucun repli vaginal. M. Chéron emploie toujours le spéculum Vélasco (de Nice), spéculum qui présente les avantages suivants : il est bivalve et par suite plus facile à introduire que les spéculums pleins ; il présente une forme courbe qui lui permet d'arriver sur le col en suivant la courbure du canal vaginal ; il offre de chaque côté deux valves de corne qui le transforment en spéculum plein et protègent complètement le vagin.

On peut du reste à la rigueur se contenter d'un spéculum ordinaire : l'opération est alors plus longue, car les parois vaginales s'échauffent bien plus rapidement, et les irrigations d'eau froide doivent être très répétées et chacune d'elles plus prolongée ; cela se conçoit facilement.

Le col bien saisi et seul saisi, anesthésié si on le juge utile, il s'agit, comme je l'ai déjà montré, d'enfoncer dans la profondeur du tissu utérin, à 1 cent. 2 cent. ou 2 cent. 1/2, autant de flèches ignées que le col peut en contenir, c'est-à-dire en nombre variable de 20 à 80. On peut obtenir ce résultat avec les petits cautères très fins construits par M. Collin et s'adaptant au thermocautère Paquelin. Mieux vaut cependant employer la flèche galvano-caustique de Chéron.

En effet : 1° l'instrument est tout aussi transportable quand on possède un galvanocautère à accumulateur ; 2° le rayonnement calorique est beaucoup moindre, en sorte qu'au lieu d'être obligé de faire des injections d'eau froide après chaque pointe de feu (Gonzalez), on peut, dès lors, n'absterger le col utérin — avec de l'eau boriquée pour assurer l'antisepsie (Chéron) — que de temps en temps ; 3° enfin les eschares produites par le galvano-cautère sont beaucoup plus lentes à s'éliminer (probablement parce qu'il s'ajoute à l'action calorique une action chimique due à la forma-

tion de courants dérivés) en sorte qu'il existe pendant deux semaines un point d'irritation déterminant l'atrophie, la dégénérescence granulo-graisseuse et la résorption soit des fibres musculaires restées hypertrophiées dans la régression incomplète, soit des éléments fibreux dont l'hypergénèse constitue la sclérose de la métrite parenchymateuse à sa deuxième période. Avec cet appareil facile à manier on peut, sans être très habile, en tenant toujours l'instrument parallèle à la cavité cervicale, dessiner parfaitement 2, 3, 4 couronnes de flèches galvano-caustiques dans le col utérin.

L'opération peut-être faite dans le cabinet du médecin — et je l'ai vu bien souvent pratiquer à la clinique de mon excellent maître — à la condition que la malade rentrera chez elle en voiture et ira immédiatement prendre le lit pour une dizaine de jours. Mais auparavant on lui aura fait un grand lavage antiseptique à l'aide de l'acide picrique en solution aqueuse saturée, et un pansement à la glycérine picrique dans la proportion de 1 p. 100. On recommandera à la malade de prendre pendant 6 jours deux pilules de 0 gr. 10 de sulfate de quinine et on lui ordonnera une potion sédative contenant du bromure de potassium et de l'alcoolature d'aconit. Enfin, outre qu'elle pourra se donner elle-même des injections émollientes, on lui fera, 3 fois par semaine, des pansements décongestifs.

Grâce à ces précautions minutieuses, auxquelles se soumettent facilement les femmes qu'on a su convaincre de leur nécessité, et en ne pratiquant l'opération dans aucun des cas où elle est formellement contre-indiquée, on n'aura jamais d'accidents et on aura fait œuvre utile : quelques observations nouvelles ajoutées à celles qui ont déjà paru dans ce journal et dans la thèse de M. Gonzalès suffiront à l'établir.

OBSERVATIONS

Obs. I. — *Endométrite purulente.*

Madame X..., 27 ans, d'un tempérament lymphatique très accusé, a eu 2 enfants, le dernier il y a 3 ans, entre dans le service du Dr

Chéron, à St-Lazare, avec le diagnostic endométrite purulente.

L'examen permet de reconnaître une endométrite purulente du col et du corps avec régression incomplète. Col énorme œdémateux, violacé, mesurant quatre centimètres et demi de diamètre au cervicimètre. Sécrétion purulente abondante et marche très pénible.

Après avoir préparé les organes à l'opération par des pansements décongestionnants, on introduit quarante-deux flèches ignées autour du méat cervical parallèlement à la cavité du col à 2 centimètres de profondeur. Trois mois après l'ignipuncture, la cicatrisation étant bien obtenue, le diamètre du col se trouve réduit à un peu moins de 4 centimètres. Il avait perdu son œdème et sa coloration violacée pour reprendre une belle coloration rose. La *marche* était devenue *facile*, la *sécrétion purulente* avait *disparu* et *l'état général* de la malade était devenu *satisfaisant*.

Nous retrouvons ici le changement d'aspect et de couleur du col déjà noté par tous les gynécologistes qui ont fait de l'ignipuncture, même superficielle (voir l'observation IV de Gonzalès, empruntée à Caron), mais croit-on que 3 ou 4 pointes de feu auraient pu amener en trois mois et après une seule opération, la disparition complète de la purulence et des troubles fonctionnels observés chez cette malade ? Jusqu'à preuve du contraire, il ne faudrait pas y compter.

OBS. II. — *Métrite parenchymateuse et rétroversion.*

Caroline S...., 35 ans, a souffert depuis 12 ans de crises aiguës de métrite, survenant à intervalles inégaux et le plus habituellement à la suite des règles devenues très douloureuses depuis son 3me et dernier accouchement ; la malade avait alors 23 ans. L'examen fait constater l'existence d'un utérus bosselé, dur, abaissé en rétroversion sur le plancher vaginal. Au spéculum, le col se présente peu coloré, ratatiné, l'orifice déformé admettant avec difficulté, dans un canal flexueux, une sonde utérine du plus petit calibre. Au toucher le col, douloureux, est dur comme une pierre. Cette malade avait déjà passé dans le service du Dr Chéron il y a quelques années pour une métrite parenchymateuse à la 1re période (période d'infiltration). Aujourd'hui l'utérus représente une masse sclérosée. La métrite en est à sa 2me période.

Après avoir fait disparaître les vestiges de périmétrite concomitante avec les irrigations chaudes et les pansements osmotiques, on pratique l'opération avec le galvanocautère, la dureté du tissu étant telle qu'il est impossible d'employer le thermocautère ; vingt-cinq flèches sont enfoncées les unes à côté des autres, en couronne, autour du méat, à une profondeur de 15 millimètres. Toutes les précautions habituelles : repos au lit, glace sur l'hypogastre, pansements à la glycérine picrique, sont prises ; aussi l'élimination de l'eschare se fait dans les meilleures conditions et, deux mois après, la cicatrisation est complète.

Résultat. — Disparition de la sensibilité de l'organe ; allègement de celui-ci, qui ne touche plus le plancher vaginal, modification de l'aspect du col et de sa vitalité, disparition graduelle des troubles de l'appareil digestif et du système nerveux.

Le second cas est à rapprocher des observations I, III et VI de Gonzalès ; dans tous, le résultat local a été le même ; dans tous aussi, les troubles fonctionnels réflexes ont subi le même amendement. Ici c'est une constipation opiniâtre; ailleurs la dysménorrhée ; dans d'autres cas l'anorexie, les battements de cœur qu'on a vu disparaître après l'opération. L'utilité de celle-ci a donc été manifeste et indéniable.

Obs. III.— *Rétroflexion avec régression incomplète consécutive à l'accouchement.*

Madame X..., 30 ans, a eu 5 enfants, entre dans le service du Dr Chéron à St-Lazare, avec le diagnostic ulcération du col.

L'examen démontré que cette malade est atteinte de rétroflexion. L'utérus présente au catéthérisme intra-utérin une longueur de 10 centimètres. Difficulté à la marche. Défécation très pénible : le volume des matières est très diminué et elles ont la forme rubanée. Fonctions digestives très mauvaises, la malade est très névropathe.

Après avoir préparé l'organe par des pansements osmotiques, des scarifications et l'hydrothérapie générale, on pratique une opération d'ignipuncture profonde. Le nombre des flèches dépasse soixante, chose facile sur un col énorme dont le diamètre transversal est de 5 centimètres 1/2. Cette rétroflexion sans adhérences, facilement réductible par la position genu-pectorale, était un cas relativement fa-

cile, aussi avait-on le droit de compter sur une guérison absolue. En effet, après la cicatrisation, *la longueur de l'organe avait diminué de* 15 *millimètres et le diamètre du col de* 5 *millimètres*. La *flexion* étant *disparue*, l'utérus restait en rétroversion ; mais, après de nombreuses séances de réduction par la position genu-pectorale et à l'aide d'un anneau souple, l'utérus conserve sa situation normale, ce qui ramène la *facilité à la marche* et la *disparition de la constipation mécanique* dont la malade souffrait depuis si longtemps.

On n'arrive pas toujours à une guérison aussi complète ; même dans les cas plus anciens et plus graves, la malade retirera un bénéfice certain de l'ignipuncture. Ainsi la couturière de Gonzalès (obs. VIII) vit son angle de flexion qui « au début était au moins un angle droit » se réduire au bout d'un mois en un angle de 30° environ.

Obs. IV. — *Engorgement, rétroversion et abaissement.*

Chez une femme de 30 ans, l'utérus très augmenté de volume, s'était abaissé sur le plancher vaginal au point de rendre la marche très difficile. Elle avait eu 5 enfants et en dernier lieu une fausse couche de 4 mois, il y a 1 an 1/2.

L'utérus, lourd et engorgé, s'était rejeté en arrière dans le cul-de-sac de Douglas de façon qu'on n'atteignait le col par le toucher que derrière les pubis. Pas d'ulcération, pas d'écoulement. L'utérus, mobile et peu douloureux à la pression, présente tous les signes d'un engorgement en masse bien confirmé.

Préparation habituelle. Opération pratiquée avec l'assistance du Dr Barrault : 30 flèches furent appliquées à une profondeur de 12 à 15 millimètres et la mensuration consécutive donna, 4 mois après l'opération, comme *différence en moins*, 4 *millimètres de diamètre et* 1/2 *centimètre dans la profondeur*, réduction de volume considérable. L'utérus, allégé et facilement remis en position normale, fut maintenu à l'aide d'un anneau souple n° 5 et la malade quitta le service dans l'état de santé le plus satisfaisant.

Je n'ai rien à ajouter à cette observation qui confirme pleinement ce que je disais au début de ce mémoire à propos de l'inu-

tilité des pessaires et des anneaux quand l'utérus n'a pas été préparé à les supporter, grâce à un traitement approprié.

Obs. V. — *Allongement hypertrophique du col (hypertrophie sus-vaginale).*

Madame X..., 48 ans, entre, en hospitalité, dans le service du Dr Chéron, à St-Lazare. Elle raconte que, depuis bien des années, elle marche péniblement et gagne sa vie en offrant de l'eau bénite à la porte d'une église. Elle se plaint d'avoir quelque chose qui lui sort du vagin.

On trouve le col de l'utérus hors de la vulve, mais le toucher le fait reconnaître très court et, derrière les culs-de-sac vaginaux abaissés à la vulve, une masse allongée, réductible avec le col. *Le catéthérisme donne une longueur de* 14 *centimètres.*

Dans ces conditions, l'ignipuncture semble au Dr Chéron préférable à l'*amputation conoïde*, étant donné ce fait que le col est diminué de volume au niveau de son insertion vaginale et que le bistouri pourrait faire des désordres graves.

Des flèches galvanocaustiques très minces sont enfoncées parallèlement au canal cervical et *à une profondeur de* 3 *centimètres*, les unes à côté des autres, sur un espace assez étroit. 38 flèches sont ainsi appliquées et, deux mois après l'opération, la réduction en longueur est déjà de 2 centimètres. Dans l'espace d'une année, trois opérations d'ignipuncture profonde ont été pratiquées dans les mêmes conditions. *La réduction est arrivée à* 9 *centimètres.* L'utérus a pu être facilement réduit sans aucune sensation pénible, à l'aide d'un pessaire en bilboquet et, à partir de ce moment, la malade a pu se rendre utile dans la maison, balayer les cours et les corridors sans éprouver de fatigue.

Deux années plus tard, les règles ont disparu et la réduction de l'organe s'est accentuée en vertu de la régression sénile.

Voilà bien certainement une des applications les plus intéressantes de l'ignipuncture profonde ; est-il besoin de dire qu'on n'aurait pas songé dans ce cas à pratiquer les petites cautérisations ignées habituelles, certain à l'avance de leur inefficacité ? Que faire alors ? L'amputation conoïde de Huguier, abordable seulement pour un chirurgien exercé, expose à des hémorrhagies

graves, à toutes les conséquences de l'ouverture des culs-de-sac vaginaux et du tissu cellulaire péri-utérin ; elle offre une large surface à la résorption putride... aurait-elle donné de meilleurs résultats que ces trois ignipunctures successives ? L'amputation en forme d'entonnoir de Hégar (voir *Traité de gynécologie opératoire*, traduction de Bar, Paris 1885, p. 389) quoique moins dangereuse, reste une opération de grande chirurgie. S'il était permis d'espérer dans tous les cas d'allongement hypertrophique du col une amélioration aussi complète que dans l'observation précédente et les 10 cas de M. Chéron — ce que l'avenir seul décidera,— l'amputation conoïde ou l'amputation en forme d'entonnoir devraient être réservées aux seules tumeurs malignes du col de l'utérus.

CONCLUSIONS.

Inoffensive et facile à pratiquer, l'opération de Chéron donne, plus que toute autre, des résultats rapides et sérieux dans les régressions incomplètes, les versions et flexions de l'utérus, l'engorgement et les métrites (métrite parenchymateuse à la 2e période et métrite purulente). Elle agit alors non seulement sur l'état local, mais sur les troubles fonctionnels réflexes auxquels ce dernier avait donné naissance. Elle est encore efficace dans les hypertrophies congénitales du col (obs. V).

La crainte de déterminer des hémorrhagies redoutables ou d'allumer une péritonite grave doit la contre-indiquer au moment des règles, à la première période de la métrite parenchymateuse, lorsqu'il existe une inflammation péri-utérine non encore complètement éteinte.

Il est nécessaire dans ces derniers cas, d'insister sur les pansements glycérinés et les injections chaudes préparatoires ; il serait peut-être utile de faire des injections hypodermiques de sels neutres.

Mieux vaut, si c'est possible, se servir du galvano-cautère et du spéculum Vélasco ; à la rigueur, le thermo-cautère Paquelin et un spéculum ordinaire peuvent suffire, sauf les cas de

dureté exceptionnelle de l'utérus (voir obs. II). Les flèches ignées doivent être en aussi grand nombre que possible (20 à 80, suivant le volume du col) et enfoncées à une profondeur variable de 1 cent. 1/2 à 3 centimètres.

CLINIQUE DE L'HOPITAL S^T-LAZARE

(J. CHÉRON).

—

I. — Tumeurs papillomateuses de la vulve (*végétations, crêtes de coq, poireaux, choux-fleurs papillômes*). — Observation d'ablation de papillômes volumineux de la vulve. — Aspect. — Forme. — Siège. — Volume. — Sensibilité. — Etiologie. — Influence de la grossesse. — C'est un accident purement local. — Leurs rapports avec les syphilides papulo-hypertrophiques. — Constitution histologique. — Hémorrhagies graves causées par de gros papillômes de la vulve.

Traitement interne : thuya.

Traitement topique : thuya, sabine, alun, solution concentrée de tannin nitrate d'argent et zinc métallique, acide acétique, acide nitrique, acide chromique, fer rouge, raclage, ligature élastique, ablation à l'aide du forcipresseur à lames parallèles produisant l'ischémie chirurgicale et la pédiculisation.

Avant de mettre sous vos yeux les résultats de l'opération que nous avons pratiquée, il y a quatre semaines, chez une malade atteinte de tumeurs papillomateuses de la vulve, laissez-moi vous remettre en mémoire son observation, après quoi, nous terminerons par quelques détails relatifs à l'histoire de ces néoplasmes.

La malade portait cinq grosses tumeurs papillaires à la vulve, implantées sur les grandes lèvres, sur les petites lèvres et sur le fourreau du clitoris. Nous en fîmes l'ablation par le thermocautère à l'aide du forcipresseur à lames parallèles. Des incidents exceptionnels survinrent pendant la narcose.

Cette jeune femme, âgée de 19 ans, exerce la profession de chapelière; elle est entrée dans notre service, salle St-Vincent-de-Paul, lit n° 10, le 7 octobre 1884, avec le diagnostic « *végétations vulvaires* ». Elle est née dans les Flandres belges. Elle est blonde, la peau très blanche ; grande et forte, elle présente un véritable

type du tempérament congestif. Le visage se colore sous l'influence de la plus légère impression et devient pourpre. Elle est très emportée et se met souvent en colère sans motif plausible.

Quelques jours après son entrée, lorsqu'on eut calmé l'état inflammatoire de la région par des bains prolongés et des applications de poudres asséchantes (oxyde de zinc et craie préparée) un des médecins adjoints qui me remplaçait fit donner du chloroforme à la malade afin de pratiquer l'ablation des tumeurs papillaires.

La narcose chloroformique fut obtenue complète, d'après l'état de la pupille et la sensibilité des conjonctives, mais des soubresauts, des spasmes du larynx, du diaphragme et des parois de la poitrine se produisirent et persistèrent au point de rendre l'opération impossible.

Une deuxième tentative, faite quelque temps après, ne donna pas de meilleurs résultats, les mêmes accidents s'étant reproduits avec persistance.

Jugeant qu'il serait imprudent de recommencer l'épreuve et inhumain de laisser cette malheureuse femme dans un aussi triste état, livrée au désespoir, ne pouvant plus quitter son lit, je demandai l'assistance de notre excellent confrère, le Dr Aubeau, qui a fait de l'administration du chloroforme une étude toute spéciale.

Le 15 novembre 1885, la malade, transportée dans le cabinet à opérations, fut soumise aux inhalations chloroformiques. Les phénomènes décrits précédemment se produisirent de nouveau avec la même intensité, malgré l'état de narcose complète, accusée par les pupilles et l'insensibilité des conjonctives. A peine essayait-on d'écarter les cuisses, qu'un mouvement réflexe énergique les ramenait l'une contre l'autre. Il fallait de nouveau les prendre sans violence et les écarter lentement pour réussir, après plusieurs tentatives, à les maintenir écartées. En même temps se produisaient des spasmes du larynx, du diaphragme, des parois de la poitrine, des soubresauts des bras.

Notre confrère fut d'avis de commencer l'opération sans nous préoccuper de cet état qu'il considérait comme un cas assez rare,

qu'il avait cependant observé quelquefois, dans lequel la narcose atteint complètement le cerveau en laissant persister le pouvoir excito-moteur de la moelle, quoique l'anesthésie soit poussée à la limite où la pupille étant dilatée et la conjonctive insensible, le pouvoir excito-moteur de la moelle est habituellement aboli.

Etroitement appliquées les unes contre les autres par la conformation des parties, les cinq tumeurs papillaires de la vulve que nous avons à enlever se présentent sous l'aspect d'une grosse masse sphérique, aplatie latéralement, granuleuse comme la surface d'une framboise, d'un rouge assez vif qui indique l'énorme vascularisation de ces papillômes.

On comprend que l'ablation de ces tumeurs à l'aide du bistouri pourrait, en dehors des difficultés qu'elle présenterait, vu les larges bases d'implantation, être la source d'accidents sérieux, amenés par la richesse vasculaire de la région, les autres par la septicémie, étant donné la difficulté d'établir un pansement antiseptique rigoureux, dans une région qu'il faut découvrir plusieurs fois par jour, pour permettre l'exercice des fonctions de la vessie et du rectum. Il est certain qu'on pourrait mettre une sonde à demeure et donner de l'extrait thébaïque, dans le but de produire une constipation de quelques jours ; mais l'emploi de ces moyens indispensables dans quelques opérations, n'est, dans la circonstance (la sonde à demeure principalement) qu'une complication de plus à ajouter aux autres. Toutes ces raisons, dont la moindre n'est pas sans valeur, justifient et commandent l'application d'un procédé opératoire susceptible d'éviter l'effusion du sang, les larges surfaces suppurantes, l'application de la sonde à demeure et enfin l'application permanente du pansement antiseptique, vu la difficulté de le maintenir dans les conditions nécessaires dans cette région-là.

La première de ces tumeurs, de la grosseur d'une mandarine, appendue à l'extrémité inférieure de la grande lèvre droite par un pédicule aplati d'une longueur de 5 centimètres, est facile à enserrer dans les lames du forcipresseur, après quelques mouvements de va-et-vient imprimés aux deux pinces qui retiennent

leurs extrémités. Puis un couteau en serpette, porté au rouge par le thermo-cautère, couteau que M. Collin a bien voulu construire, à notre demande, pour ces ablations, est promené lentement le long de la lame externe du forcipresseur. Peu à peu, sans émission de sang, la tumeur est détachée en entier. Nous passons alors, à plusieurs reprises, le côté convexe de l'instrument sur la portion du pédicule enserrée entre les deux lames et nous détachons ensuite les pinces, en desserrant les crémaillères et en enlevant les deux tiges, ce qui met les deux lames en liberté.

Une eschare linéaire, brunâtre, de 2 à 3 millimètres de largeur et de 7 centimètres de longueur (l'aplatissement du pédicule a fait allonger celui-ci de 2 centimètres) est la seule trace de l'ablation de la tumeur.

Les deux lèvres de la section, réunies en ce moment par l'eschare, ne tarderaient pas à s'écarter, comme nous en avons fait parfois l'expérience, aussitôt que viendrait le ramollissement de l'eschare par la suppuration.

Aussi, pour obtenir une réunion par première intention, malgré l'emploi du thermo-cautère avec simple élimination de l'eschare linéaire, nous appliquons six fortes serre-fines à deux griffes, sur toute l'étendue de la section.

La deuxième tumeur et la troisième, insérées l'une et l'autre symétriquement sur les petites lèvres, dans toute leur longueur, sont facilement pédiculisées avec le *forcipresseur*, comme la première, sur une étendue de 4 centimètres, enlevées sans une goutte de sang, les lèvres de la section maintenues par des serres-fines.

La quatrième, la plus volumineuse, est insérée sur toute la longueur de la grande lèvre gauche, considérablement augmentée de volume.

Nous sommes obligés, pour pédiculiser celle-ci, d'employer des lames très fortes en bois de gaïac, de 0,015 millimètres de diamètre et de 0,12 centimètres de longueur, et de prendre le pédicule dans le tissu de la grande lèvre, la tumeur étant étalée sur celle-ci, sans aucune démarcation.

La pédiculisation demande sept à huit minutes, le tissu induré

de la grande lèvre ne se laissant réduire que très lentement. — L'ablation est facile, comme dans les cas précédents, mais avec plus de lenteur, vu la grande étendue de la surface de section, dont les lèvres sont maintenues à l'aide de dix serres-fines à fortes griffes, prenant leur insertion à cinq à six millimètres de l'eschare.

La cinquième et dernière, englobant dans son développement les trois quarts du chapeau du clitoris, demande les plus grands ménagements dans l'application des lames du forcipresseur, que nous choisissons courtes, minces et fines en ivoire, afin de ne pas froisser l'organe. Malgré la lenteur que nous mettons à sectionner et l'emploi du cautère au rouge sombre, nous avons, après enlèvement des lames, un jet de sang artériel qui nécessite l'application d'une pince. C'est la première goutte de sang depuis le commencement de l'opération, qui se trouve terminée en cinq quarts d'heure, dans cette région clitoridienne où les bords de la section sont très minces.

Nous badigeonnons toutes les surfaces de section, en y comprenant les points d'application des serre-fines avec une solution d'acide picrique à 10 pour mille et nous appliquons sur toute la vulve un gâteau de charpie fine imprégnée d'une solution d'acide picrique à 4 pour mille, enfermée très à l'aise dans une poche de tarlatane, ramollie dans l'eau, au préalable.

Le surlendemain, nous enlevons les serre-fines. Toutes les surfaces de section restent affrontées, à l'exception de la quatrième, appartenant à la grande lèvre gauche, dont les bords se sont séparés, dans le tiers, à peu près, de la hauteur.

La malade est sondée, quatre fois par vingt-quatre heures ; le même pansement est continué et un bourdonnet de charpie, imbibée d'acide picrique, est maintenu entre les lèvres séparées de la surface de section de la quatrième tumeur.

Aucune oscillation dans le pouls et dans la température ; nausées pendant deux jours, résultant de la grande quantité de chloroforme absorbé (240 gr.).

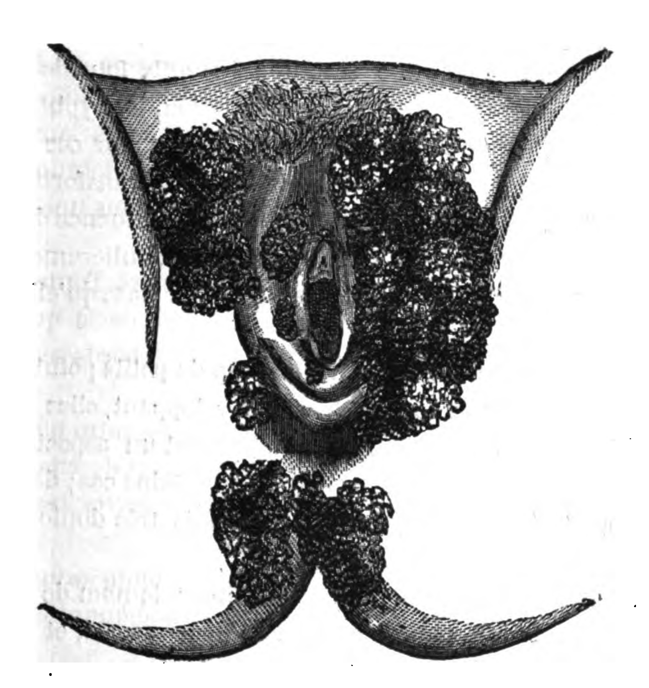
Huit jours après, la malade a commencé à se lever. Il n'y a eu ni gonflement, ni douleurs depuis l'opération. La vulve est

reformée ; les surfaces de section, rouges et linéaires, ne laisseront pour ainsi dire pas de traces.

La malade, bien portante, très heureuse d'être débarrassée de cette répugnante et pénible infirmité, demande sa sortie. Il y a quatre semaines qu'elle a été opérée.

*
* *

Vous connaissez ces masses d'aspect grenu, isolées ou confluentes, que nous observons fréquemment dans notre service aux parties extérieures des organes génitaux de la femme, productions que l'on dénomme *végétations*, *crêtes de coq*, *poireaux*. *choux-fleurs*, et plus scientifiquement *papillômes*, néoplasmes qui résultent d'une hypertrophie partielle de la portion dermique de la peau ou des muqueuses. Leur forme est très variable, et leur aspect, qui, dans le plus grand nombre des cas, est celui de



granulations plus ou moins volumineuses, peut revêtir, par ex-

ception, l'apparence filiforme. Parfois, ces productions sont aplaties et dentelées sur leurs bords (crêtes de coq), plus souvent, elles présentent l'aspect d'une mûre ou d'une grosse framboise ; enfin, lorsqu'elles prennent un développement plus considérable, on les retrouve avec l'aspect d'un poireau ou d'un véritable chou-fleur, tantôt réunies à la suite les unes des autres sur une série de pédicules, tantôt réunies sur un pédicule commun.

C'est aux organes génitaux externes qu'on les rencontre le plus souvent chez la femme, c'est-à-dire sur les grandes et les petites lèvres, sur le capuchon du clitoris et sur le clitoris lui-même, à l'orifice vulvaire, en avant des caroncules myrtiformes, au méat uréthral, à l'anus, et sur la peau qui s'étend de celui-ci jusqu'à la vulve ; on les rencontre plus rarement sur le col de l'utérus et les parois du vagin et enfin sur quelques autres parties du corps qui ne sont pas comprises dans notre sujet.

Les végétations se développent chez les femmes, qui par malpropreté ou par état constitutionnel, ont les parties génitales externes humectées par une sécrétion irritante fournie par les organes profonds. Une autre cause d'irritation, les syphilides hypertrophiques, peut déterminer leur apparition sur ces syphilides elles-mêmes, dont elles sont une fréquente transformation.

Lorsque les végétations se développent sous l'influence de causes irritantes autres que la syphilis, c'est plus particulièrement à l'orifice vulvaire, sur les petites lèvres ou à leur base qu'elles prennent naissance.

Elles apparaissent d'abord sous la forme de petits points nacrés ou de petits points très rouges. En se développant, elles deviennent filiformes, puis elles s'étalent en prenant un aspect mamelonné, elles sont blanches et cornées dans certains cas ; dans d'autres, au contraire, rouges, turgides, parfois très douloureuses, ayant l'aspect de tumeurs érectiles.

Les végétations auxquelles on peut donner le nom de *végétations muqueuses* en tenant compte de leur aspect, et qui sont d'une coloration intense, sont les plus douloureuses. Si elles prennent un certain volume, le frottement que produit la marche sur ces tumeurs, faciles à s'enflammer, ne permet plus aux mala-

des de faire un mouvement. Elles sont obligées de garder le lit, les jambes fléchies et écartées.

Tel est le cas de la malade que nous avons opérée en votre présence, dont les masses papillaires au nombre de cinq, insérées sur les organes génitaux externes, avaient pris un développement considérable et l'aspect d'un veritable chou-fleur.

Ne vous étonnez pas du volume pris par cette tumeur. Les végétations, que vous voyez si souvent conserver le volume d'un grain de chenevis ou de millet, peuvent atteindre, réunies en masse, des dimensions relativement énormes.

Nous en avons vu, ici même, qui dépassaient le volume des deux poings.

Elles sont quelquefois si malencontreusement placées, qu'elles gênent l'émission de l'urine, et que celle-ci, en s'écoulant sur la tumeur, la ramollit et lui fait sécréter une matière séro-purulente, qui prend une odeur infecte.

Comme je vous le disais tout à l'heure, la cause qui préside à la naissance des végétations est représentée par l'influence qu'exerçent sur la vulve, les sécrétions morbides irritantes, venues des parties profondes. Très fréquentes chez la femme, elles se présentent plus rares chez l'homme, et cela se comprend :

Il est facile chez ce dernier de préserver les organes voisins de l'action irritante du pus blennorrhagique, et d'une autre part, les surfaces de sécrétion sont très peu étendues et les sécrétions à l'état normal sont peu abondantes. Chez la femme, au contraire, les surfaces de sécrétion sont plus étendues et, même à l'état normal, les sécrétions sont comparativement considérables. La moindre inflammation de ces muqueuses produit un flux âcre, qui s'écoule sur les parties extérieures, y séjourne, et fait une véritable macération des parties. Sous cette influence, des excoriations se produisent, les papilles sont mises à nu et l'hypertrophie de celles-ci avec prolifération du tissu conjonctif, proliférations vasculaire et épithéliale, ne tarde pas à se faire.

Une autre cause d'irritation locale favorable au développement des papillômes est l'état de grossesse. La coloration violacée des organes génitaux externes nous prouve qu'ils sont le siège d'une

congestion passive intense. Aussi comprend-on que les grandes et les petites lèvres, l'anus et les parties circonvoisines soient un terrain favorable, dans ces conditions, au développement des tumeurs papillaires, qui prennent un volume plus considérable et se développent plus rapidement dans la grossesse que dans toute autre circonstance.

Les végétations sont le produit de causes irritantes qui agissent sur les tissus tégumentaires interne et externe. Par conséquent, elles ne reflètent pas un état constitutionnel ; elles représentent un état purement local, et si, pendant longtemps, on les a classées parmi les accidents syphilitiques, personne aujourd'hui n'est plus de cet avis. C'est un accident vénérien dans le plus grand nombre des circonstances, de la même nature que les verrues, auquel la contagion est étrangère.

Ce qui a pu causer l'erreur de ceux qui ont considéré cet accident comme de nature syphilitique, c'est le fait d'avoir vu souvent les végétations se développer sur des syphilides papulo-hypertrophiques, et se substituer pour ainsi dire à celles-ci, qui représentaient la cause irritative si favorable au développement des papillômes. Les végétations sont des hypertrophies papillaires de la peau ou des muqueuses, qui commencent par la prolifération du tissu conjonctif qui doit leur servir de charpente et de support. Ce tissu conjonctif prolifère parfois si abondamment à la base de ces néoplasmes que Wirchow, prenant ce fait pour base, crut devoir les classer parmi les fibrômes. Elles renferment en outre une substance amorphe, quelques fibres élastiques, un revêtement épithélial et des anses vasculaires qui se subdivisent autant de fois que la papille hypertrophiée elle-même. Ces anses vasculaires sont souvent réunies par des arcades anastomotiques, qui forment de petits plexus, lorsque les papilles prennent un certain volume.

Les papillômes ne renferment pas toujours des nerfs, au dire des histologistes. En effet, il en est qui sont peu sensibles et même on peut dire insensibles ; mais d'autres jouissent d'une grande sensibilité.

Ce sont surtout les grosses masses végétantes qui se sont développées avec rapidité et dont la circulation est extrêmement riche,

qui sont rouges et turgides, et dont le revêtement épithélial est très mince, qui présentent cet excès de sensibilité.

Dans les papillômes muqueux, il y a deux parties à étudier, le corps papillaire et le revêtement épithélial.

Le corps papillaire, qui prend d'abord la forme d'un bourgeon, se divise bientôt en bourgeon secondaire et tertiaire. Le tissu conjonctif est parfois si peu abondant que le revêtement épithélial semble reposer directement sur les vaisseaux.

D'autres fois, la prolifération épithéliale est si considérable qu'elle forme une masse hypertrophique qui déprime la surface sous-jacente par place et y pousse des prolongements, ce qui a pu faire hésiter, dans ce cas, entre papillôme et épithélioma.

Lorsque le papillôme est récent et à évolution rapide, on trouve, dans les papilles, du tissu cellulaire embryonnaire. Il ne faut pas croire que, dans les papillômes muqueux, on ne trouve que des capillaires ; il y a aussi des artères et des veines, et la dilatation de ces dernières, régulières ou en ampoule, donne quelquefois lieu, par rupture, à des hémorrhagies, qui peuvent mettre en danger l'existence.

Il y a quelques mois, nous avions, à la salle St-Joseph, une malade qui portait à la vulve quelques papillômes muqueux du volume total d'une mandarine. Ces tumeurs, très douloureuses au début, étaient devenues indolores sous l'influence des lotions faites avec une solution d'acide tannique à 10 %. La surface de la tumeur tannée par ces lotions, laissait s'enlever une sorte de peau dure et grisâtre, dont la chute n'eût amené aucun accident, si la malade eut gardé un repos relatif. Mais elle descendit dans les cours et s'amusa à casser du bois à la hache. Sous l'influence des mouvements énergiques qu'elle dut faire, le frottement enleva par place, avec une certaine violence, une sorte d'enveloppe crustacée résultant du tannage de la surface de la tumeur et mit à nu des veines dilatées qui furent la source d'une hémorrhagie des plus graves, qui, commencée à 8 heures du soir, ne fut arrêtée que le lendemain matin à 9 heures, au moment du service. La malade croyant avoir ses règles s'était endormie sans défiance. Ce ne fut que le lendemain, en se réveillant, qu'elle se

vit dans une mare de sang. On appela l'interne du service, qui employa en vain le perchlorure de fer et fit l'application de quelques pinces à forcipressure. Mais l'hémorrhagie s'étant reproduite un peu plus tard, il dut appliquer de nouvelles pinces.

Au moment de mon arrivée dans le service, l'hémorrhagie venait encore de se reproduire. Je m'empressai de pédiculiser la base de la tumeur papillaire, insérée sur la grande lèvre, avec le forcipresseur à lames parallèles, et l'hémorrhagie s'arrêta aussitôt.

J'en profitai pour faire l'ablation de la tumeur, une heure plus tard, par le thermo-cautère, et suturer ensuite la surface de section.

Dans une autre circonstance, nous avons vu, salle Ste-Eleonore, lit 10, une femme dont les papillômes muqueux de la vulve ne pouvaient subir aucun attouchement, sans donner lieu à des ruptures de vaisseaux et à des hémorrhagies profusès que des applications de bourdonnets de charpie, imbibée de perchlorure de fer, arrêtaient assez facilement.

Au moment des règles, ces ruptures des capillaires qui se faisaient sans traumatisme, donnèrent une pluie de sang qui nous obligea, pendant la période même, à pédiculiser ces tumeurs et à en faire l'ablation.

Vous voyez donc que ces dilatations vasculaires peuvent, dans quelques rares circonstances, il est vrai, donner lieu à des hémorrhagies abondantes, que la vie des malades s'en est trouvée compromise.

Les végétations récidivent fréquemment, sous l'influence de deux causes : 1° Lorsque après l'ablation de celles-ci, les femmes ne prennent point les soins de propreté qui sont indispensables dans la circonstance, surtout lorsqu'il existe une uréthrite, une vaginite ou une sécrétion quelconque des organes génitaux ; 2° Lorsque l'irritation consécutive à l'opération, comme cela a lieu pour tous les genres de tumeurs, fait pulluler de nouveau les végétations.

Le traitement des végétations est médical ou chirurgical.

Le traitement médical, externe jusque dans ces derniers temps;

s'est enrichi d'un traitement interne depuis la thèse du Dr. Meynié. C'est l'administration du thuya à l'intérieur. Sous l'influence de ce médicament, chez les malades soumises à ce traitement dans le service de M. Mauriac, à l'hôpital du Midi, les végétations ont disparu.

Nous avons employé avec succès ce moyen de traitement, qui nous a semblé plus particulièrement réussir dans les cas de papillômes muqueux très vasculaires. Les doses minima et maxima sont de 0,50 centigrammes à 15 grammes par jour.

Pris à l'intérieur dans les cas de papillômes muqueux, il modifie la sécrétion, la vascularité et la sensibilité d'une façon très notable et très avantageuse ; on comprend, d'après cela, qu'il soit susceptible de modifier le volume de ces tumeurs (1).

Le traitement topique des végétations et des tumeurs papillaires comprend aussi le thuya, beaucoup plus anciennement connu que son administration à l'intérieur.

Son action n'est pas douteuse ; appliqué, tous les jours, une ou deux fois, en simples attouchements, il agit très nettement sur les papillômes cornés, tels que les verrues et les cors. Mais dans les grosses masses papillaires, son action topique est à peu près illusoire, si ce n'est comme modificateur de la sécrétion et de la sensibilité périphérique. Je ne cite que pour mémoire l'alun et la poudre de sabine, cette dernière surtout, dont l'action est à peu près nulle.

Un autre moyen que je vous recommande en applications topiques et qui m'a donné d'excellents résultats, c'est l'application en permanence d'un plumasseau de charpie, imbibée d'une solution concentrée de tannin.

La sécrétion, la sensibilité périphérique, la quantité de sang en circulation dans la tumeur et conséquemment son volume sont modifiés par ce moyen thérapeutique. Si on l'emploie avec persistance, on peut arriver à détruire complètement ces tumeurs pa-

(1) Ce sont les résultats obtenus dans le traitement des papillômes muqueux avec la teinture du thuya, qui nous ont conduit à en faire usage; avec le succès que l'on connait, dans l'épithélioma, et plus particulièrement dans l'épithélioma du col de l'utérus.



pillaires, même lorsqu'elles sont d'un certain volume ; mais il faut beaucoup de temps et de patience de la part des malades.

Parmi les autres moyens topiques, nous avons encore, pour les petits papillômes muqueux, une série de modificateurs, le nitrate d'argent, crayon ou solution à 50 pour cent, genre de cautérisation qu'on peut activer, par le contact consécutif de la teinture d'iode ou du zinc métallique.

L'acide acétique cristallisable est employé avec succès au traitement des végétations. Aussitôt après son application, la petite tumeur devient toute blanche, le revêtement épithélial est détruit et la papille est atteinte de régression. Son application est très peu douloureuse, même à la vulve ; elle ne nuit pas aux parties saines ; c'est cette propriété qui nous le fait employer dans les cas de végétations du col de l'utérus. L'acide nitrique, au contraire, demande de grandes précautions pour être appliqué sans danger pour le point d'implantation et surtout pour les parties environnantes. Partout où il est répandu, il fait des cicatrices et la douleur qu'il produit lorsqu'on touche les papillômes est très vive et peut durer quelques heures.

Nous avons employé l'acide chromique, mais nous l'avons abandonné parce qu'il produit des douleurs horribles, qu'on a vu persister plusieurs jours, et, comme le nitrate acide de mercure, auquel nous avons renoncé depuis longtemps, il donne lieu à des accidents généraux d'intoxication qui doivent en faire proscrire l'emploi d'une façon absolue. Aimé Martin cite un cas de mort par intoxication, dans une circonstance où l'acide chromique fut appliqué sur une masse de papillômes jusqu'à imbibition de la tumeur.

La cautérisation par le fer rouge, procédé effrayant et douloureux, n'atteint, lorsqu'on l'applique à plat, que les parties tout à fait superficielles. Aussi son emploi, compris de cette façon, doit-il être abandonné. Mais si on le combine avec l'excision, c'est alors que ce moyen-là devient réellement précieux.

Je vous recommande, pour l'excision et la cautérisation simultanée, l'emploi des ciseaux du thermocautère. Avec cet instrument, on enlève une petite portion de la muqueuse et il reste une

petite eschare concave, qui, en s'éliminant, ne laisse pas de cicatrice.

Je ne vous mentionnerai qu'en passant la ligature et le raclage. La ligature ne peut être utile que lorsqu'on a affaire à un ou deux papillômes isolés, pédiculés et de très petit volume. Encore n'est-il pas rare de les voir se reproduire.

Quant au raclage que nous avons pratiqué un certain nombre de fois avec la curette coupante, c'est un mauvais moyen, très douloureux, d'un emploi facile dont l'action trop peu profonde favorise les récidives.

Pour les gros papillômes, dans ces derniers temps, on a employé la ligature élastique, moyen bien supporté, mais qui présente deux inconvénients : le premier, d'être applicable à un petit nombre de cas, le second de laisser persister une portion néoplasique susceptible de repulluler.

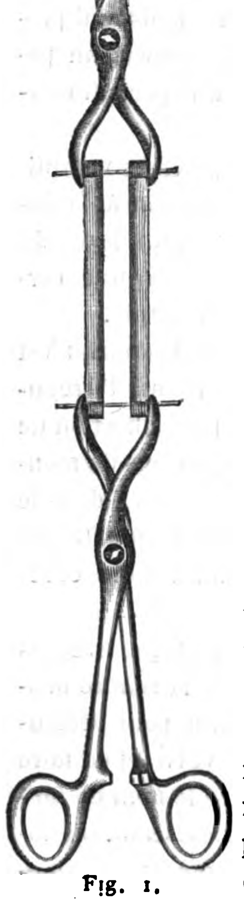
Il nous reste enfin à étudier l'ablation des papillômes volumineux par la pédiculisation au moyen du forcipresseur à lames parallèles, à l'aide duquel on fait extemporanément un pédicule aplati et allongé aux tumeurs de la vulve, insérées sur une certaine étendue, tout en pratiquant l'ischémie chirurgicale.

L'ablation des gros papillomes de la vulve par le bistouri n'est ni sans difficulté ni sans danger, vu la laxité des tissus, l'irrégularité et le peu de fermeté des parties, aussi la pédiculisation de ces tumeurs, facilitée par les raisons mêmes que je viens de mentionner, me semble-t-elle devoir être mise en œuvre, dans le double but de permettre l'ablation rapide et sans hémorrhagie, par la galvanocaustie thermique et la réunion immédiate et régulière des lèvres de la plaie.

Mais cette pédiculisation est loin d'être chose pratique avec les instruments dont nous disposons. Dans le but de la rendre facilement praticable, j'ai fait construire par M. Collin, pour pédiculiser les tumeurs de toutes sortes qui siègent à la vulve et en faire l'ablation, un instrument (fig. 1) auquel j'ai donné le nom de *forcipresseur à lames parallèles*, composé de deux casseaux ou lames parallèles en buis, en ivoire ou en os, de longueur, de largeur et d'épaisseur variables, traversées sur la tranche, à leurs

extrémités, par deux tiges d'acier passant librement dans les trous percés dans ces deux lames.

A chaque extrémité, se placent deux pinces à crémaillère qui rapprochent et maintiennent, complètement appliquées l'une contre l'autre, les deux lames d'ivoire ou de buis, lorsque les crèmaillères sont accrochées. Les mors des pinces sont percés à leur centre d'un trou qui laisse passer librement la tige d'acier. L'écartement laissé entre les deux mors de chaque pince, lorsque la crémaillère est accrochée, est égal à la largeur des deux lames.


Fig. 1.

Dans ces conditions, pour se servir de l'instrument, on place à la base de la partie qu'on veut pédiculiser, les deux casseaux parallèles munis de leurs tiges d'acier, puis on place les deux pinces, et par des mouvements alternatifs de serrement et de relâchement, pratiqués avec l'une et l'autre pince, les deux lames font une sorte de massage qui diminue peu à peu l'épaisseur du pédicule.

Lorsque cette épaisseur est réduite à quelques millimètres, on accroche les crémaillères par un mouvement lent ou brusque, suivant la résistance des parties, et la tumeur se trouve pédiculisée.

Chaque pince, étant mobile autour de la tige d'acier qui traverse ses mors, est confiée aux aides, et l'une et l'autre servent avec avantage à diriger la tumeur, à l'abaisser ou à la maintenir, suivant le désir du chirurgien ou les besoins de l'opération.

La portion de tumeur ainsi séparée par le forcipresseur à lames parallèles, est, au premier moment, turgide et violacée, mais, peu à peu, elle pâlit et devient moins résistante. La douleur perçue par la malade est instantanée,

elle dure quinze à vingt secondes et est très supportable.

Le forcipresseur à lames parallèles est laissé en place pendant une dizaine de minutes ; à ce moment, le tassement de la partie étranglée est arrivé à son maximum, l'ablation de la tumeur peut être faite, soit avec le bistouri, soit avec le galvano-cautère ou le thermo cautère. Je donne la préférence à ces derniers qui offrent sur l'instrument tranchant les avantages suivants : l'absence d'hémorrhagie, la facilité de la réunion immédiate et une grande rapidité d'action.

La production d'une eschare mince ou épaisse, qui maintient en contact les lèvres de la plaie, permet d'établir une suture au premier moment ou d'appliquer des serre-fines sans mettre à l'air les parties profondes, c'est-à-dire d'obtenir malgré l'eschare, très minime il est vrai, une réunion par première intention.

En résumé, les papillômes ou végétations (poireaux, choux-fleurs, crêtes de coq) de la vulve sont des hypertrophies des papilles normales du derme, avec un revêtement épithélial plus ou moins développé.

Ils se présentent le plus souvent sous la forme de petites masses grenues, isolées ou confluentes, susceptibles, par exception, de prendre un grand développement et de former ainsi de grosses tumeurs, très sensibles et très vasculaires qui immobilisent les malades et peuvent donner lieu à des hémorrhagies. Ces tumeurs papillomateuses apparaissent d'ordinaire sous l'influence d'irritation locale, produite par des écoulements vulvaires, vaginaux ou internes, l'absence de soins d'hygiène, et la présence de syphilides papulo hypertrophiques sur lesquelles elles se développent quelquefois, ce qui a pu faire croire, bien à tort, à la nature syphilitique des végétations.

Lorsqu'ils sont très petits et peu nombreux, les papillômes sont combattus par l'application d'un mélange de poudre de sabine, alun et oxyde de fer, par des attouchements avec la teinture de thuya ou l'acide acétique cristallisé, où le nitrate d'argent et le zinc métallique.

Les végétations plus volumineuses réclament l'ablation à l'aide des ciseaux de trousse courbes ou mieux encore à l'aide des ci-

seaux du thermo-cautère. Lorsque leur volume et leur base d'implantation sont considérables, c'est à l'aide du forcipresseur à lames parallèles, qui produit l'ischémie chirurgicale et la pédiculisation qu'il faut les saisir pour en pratiquer l'ablation avec le bistouri ou mieux avec le galvano-cautère ou le thermo-cautère, ce qui permet la réunion par première intention et évite les récidives.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du 14 *novembre.* — *Présidence de* M. BLANCHE.

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE.

La Société a été saisie de la question suivante :

Le fait de se servir d'un crochet pointu pour terminer une version constitue-t-il une maladresse ou une imprudence, étant admis que l'usage de ce crochet a déterminé des lésions maternelles graves ?

Le praticien est-il responsable de ces lésions ?

Voici les faits tels qu'ils ressortent du rapport de M. Pinard.

Une femme, jeune, bien conformée, ayant accouché une fois déjà naturellement, fut assistée à son second accouchement par un officier de santé qui ne put reconnaître la présentation qu'après une nuit passée auprès d'elle. Il s'agissait d'une présentation de l'épaule, un bras pendait dans le vagin.

Un second médecin, le docteur de Montigny, fut appelé pour assister le premier ; il ne réussit qu'avec beaucoup de peine à saisir un des pieds de l'enfant qu'il amena au dehors, mais ne put s'emparer du second. Dans ces conditions, les tentatives manuelles faites pour extraire l'enfant étant restées sans résultat, le docteur de Montigny appliqua au niveau du pli de l'aine d'abord le crochet mousse de la branche de son forceps, puis ensuite ce même crochet dépourvu de sa virole, c'est-à-dire pointu. La conséquence de cette manœuvre fut un arrachement du membre, mais le tronc de l'enfant ne bougea pas. C'est un ac-

coucheur d'une ville voisine qui termina l'accouchement en complétant la version.

Les jours suivants, la malade s'aperçut qu'elle perdait ses urines par le vagin ; il existait en effet, chez elle, une déchirure notable de la cloison vésico-vaginale. Elle se crut alors autorisée à intenter un procès en dommages et intérêts au docteur de Montigny qu'elle accusa d'être l'auteur de cet accident.

A la suite d'une enquête sur cette affaire, M. Pinard arrive aux conclusions suivantes, qui sont adoptées par la Société :

Au moment de l'intervention du docteur de Montigny, l'enfant était mort, l'écoulement du liquide amniotique avait eu lieu et l'utérus était fortement retracté sur le corps de l'enfant. Dans ces conditions, la version étant impossible, que restait-il à faire? l'embryotomie. Or, s'il est vrai que cette opération s'exécute de préférence avec des instruments spéciaux, il n'en est pas moins établi qu'on peut également la pratiquer avec des ciseaux, bistouris, etc. A ce point de vue, l'emploi d'un crochet même pointu ne saurait être incriminé. Que, dans l'espèce, ce crochet ait été ou non la cause d'une déchirure de la paroi postérieure de la vessie, peu importe, ne voit-on pas tous les jours des chirurgiens pratiquer des sections malheureuses de nerfs ou d'artères, ou perforer des intestins avec la pointe de leur bistouri? Il n'y a là aucune matière à poursuite. Le fait de s'être servi d'un crochet pointu pour terminer un accouchement ne doit être considéré, ni comme une maladresse, ni comme une imprudence, et le docteur de Montigny doit être déclaré irresponsable.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE.

Séance du 9 *novembre* 1885. — *Présidence de* M. HUCHARD.

M. Schwartz fait une communication très intéressante sur un cas de corps étranger de la vessie chez la femme. Cette observation présente un intérêt spécial au point de vue de la nature du corps étranger, de la méthode simple de traitement appliquée à son extraction et enfin de l'état de la femme qui le portait.

Il s'agit d'une jeune femme de 25 ans qui vint à la consultation pour des douleurs très vives en urinant, du ténesme et une

émission difficile des urines qui étaient devenues troubles depuis deux jours. La patiente était enceinte de huit mois et demi et niait toute indisposition antérieure. Cependant, pressée de questions, elle avoua que deux jours auparavant, elle s'était introduite dans la vessie un pinceau à poils de blaireau et à manche en plume d'oie.

Les symptômes de la maladie actuelle et l'examen des organes ne permettent pas de douter qu'on ait affaire à une cystite consécutive.

Le traitement s'imposait de lui-même, malgré la grossesse. La malade ne voulut pas être chloroformée.

Après avoir fait un lavage de la vessie, elle fut mise dans la position de la taille, et M. Schwartz commença par dilater l'urèthre et progressivement avec une pince à pansement ; le petit doigt, bien graissé, fut introduit à la suite, puis remplacé par l'index, qui arriva sans encombre dans la vessie, en lui imprimant de petits mouvements de vrille. Il put alors, sans difficulté et sans que la malade se plaignit outre mesure, sentir le corps étranger, constater sa situation transversale déjà diagnostiquée par le toucher vaginal et trouver la partie munie de poils dirigée à droite ; celle-ci fut saisie par une pince à pansements guidée sur le doigt, et le pinceau suivit sans aucune résistance.

La malade quittait le service deux jours après, absolument débarrassée des accidents pénibles qui l'y avaient amenée et sans incontinence d'urine. Le corps du délit ne montrait encore aucune altération, vu le court séjour qu'il avait fait dans le réservoir urinaire; il mesurait une longueur de 9 centimètres, dont 6 1/2 pour sa partie dure ; celle-ci n'était heureusement pas terminée en pointe, comme elle l'est souvent.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Séance du 5 décembre 1885.

M. Kœberlé fait une communication sur une simplification importante de l'hystérectomie à l'aide du ligateur élastique de M. Pozzi.

Cet instrument facilite beaucoup le manuel opératoire et di-

minue les dangers. En dehors de l'emploi de cet appareil, l'opération est conduite d'après les règles depuis longtemps tracées par M. Kœberlé.

L'emploi du ligateur élastique de M. Pozzi permet de faire subir à l'hystérectomie, l'opération actuellement la plus grave de la chirurgie dans les cas de tumeurs incluses dans les ligaments larges, un progrès très important, qui rend cette opération relativement peu grave et applicable sur une plus vaste échelle dans les meilleures conditions de succès.

M. Kœberlé a fait, dans le courant de la dernière semaine, deux hystérectomies, qu'il aurait considérées antérieurement comme très graves, l'une avec énucléation préalable des fibrômes, ayant duré chacune trois heures et qui n'ont été suivies d'aucune réaction fébrile et sans le moindre accident, de même que l'ovariotomie la plus bénigne. La température n'a pas dépassé 37°8 chez la plus compliquée. Les tumeurs pesaient, l'une 4 kilogrammes, l'autre 8 kilogrammes et demi.

L'hystérectomie n'est plus qu'une opération difficile qui est désormais rentrée dans le cadre des opérations courantes de la chirurgie.

Dans une soixantaine de cas opérés antérieurement par M. Kœberlé, la guérison a été la règle à peu près constante dans les cas de tumeurs développées dans le corps même de l'utérus, surtout vers le fond, où l'opération est alors extrêmement simple, tandis que les insuccès ont été relativement fréquents dans les cas de tumeurs enclavées.

Actuellement la guérison devient la règle à peu près absolue dans les cas même les plus difficiles.

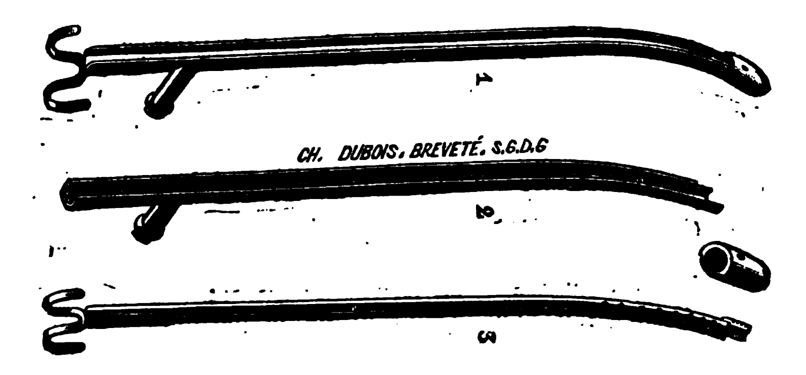
INSTRUMENTS ET APPAREILS

SONDE A INJECTIONS INTRA-UTÉRINES.

Les sondes à injections intra-utérines ont eu jusqu'ici le tort d'être copiées sur le modèle des sondes évacuatrices.

Pour être à l'abri de tout reproche, dit M. le professeur Pajot, ces instruments doivent remplir les conditions suivantes :

1° Etre faites d'une matière incassable ;



2° Présenter des ouvertures disposées de manière à ce que le liquide atteigne facilement et sans jet violent toute la surface interne de l'utérus ;

3° Le liquide injecté doit pouvoir sortir librement au fur et à mesure qu'il est introduit ;

4° Enfin, au point de vue des précautions d'antisepsie indispensables, l'instrument doit pouvoir se démonter facilement.

C'est en se basant sur ces principes que le savant professeur vient de faire construire, par M. Dubois, la sonde à injections intra-utérines dont nous donnons ici la figure.

NOUVELLES

Dans sa dernière séance, sur le rapport de M. le docteur Després, le conseil municipal de Paris a adopté, dans les termes suivants, une proposition de M. Deschamps :

« Le Conseil,

Considérant que les médecins et sages-femmes des bureaux de bienfaisance sont, dans de nombreux cas, obligés d'envoyer d'urgence (avant ou après l'accouchement) leurs malades à l'hôpital.

Invite l'administration à adresser à tous les directeurs des hôpitaux, *pourvus d'une maternité*, une note leur enjoignant d'accepter d'urgence les malades envoyés à l'hôpital par les médecins ou sages-femmes des bureaux de bienfaisance. »

—

M. le Docteur Bar, médecin accoucheur du bureau Central, est nommé médecin accoucheur à l'hôpital Tenon.

—

M. le docteur Heinrich Bayer a été nommé privat docent d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Strasbourg.

—

MM. Kufferath et de St-Moulin, sont nommés à la Maternité de Bruxelles.

—

Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Biarritz. — M. le Dr Durand-Fardel, président du Congrès, et M. le Dr Garrigou, secrétaire général, se sont rendus à Barritz afin de s'entendre avec le Comité local de cette ville au sujet de l'organisation définitive du Congrès qui doit s'y ouvrir le 1er octobre 1886. Dans une séance publique que a eu lieu le mercredi 25 novembre dernier, M. O. Shea, président de la Société Biarritz, Association à laquelle est due l'initiative du Congrès a, dans une courte allocution, souhaité la bienvenue à M. le Dr Durand-Fardel, et remercié le chef de l'Hydrologie Française d'être venu lui-même travailler sur place à l'organisation du Congrès de Barritz.

M. le Dr Durand-Fardel a ensuite, dans un exposé clair et précis, rappelé que les Congrès, en général, ont pour objet la diffusion des connaissances scientifiques, le rapprochement des hommes et des idées, etc., etc.

A la suite de cette exposition, les répresentants des municipalités et des corps médicaux d'Arcachon, de Dax, de Bayonne, de Cambo, etc.,etc., ont pris successivement la parole pour dire avec quelle sympathie est accueillie partout l'idée du Congrès, à laquelle chacun, mû par des sentiments patriotiques, demande à donner une marque d'approbation et de dévouement.

Le bureau a annoncé, enfin, que des adhésions au Congrès sont arrivées d'Espagne, d'Italie, de Portugal, d'Angleterre, de Hollande, de Belgique, d'Autriche, de Russie, et même en très grand nombre, des Etats-Unis et du Canada.

VARIÉTÉS

DU MORRHUOL OU PRINCIPE ACTIF DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE.

Par M. le docteur Joseph LAFAGE.

En présence de la répugnance insurmontable qu'éprouvent certains malades pour l'huile de foie de morue, malgré les nombreux procédés mis en usage pour en masquer le goût, j'ai songé à reprendre la question intéressante des principes actifs de l'huile de foie de morue. Pour les uns, c'est le corps gras qui joue le principal rôle ; pour les autres, au contraire, c'est au brôme, à l'iode ou au phosphore, qu'il faut attribuer les bons effets que l'on retire de son administration. Il s'agissait d'isoler ces divers corps de l'huile de foie de morue. M. Chapoteaut a bien voulu se livrer à ce travail et me faire connaître les procédés qu'il a employés.

Premier procédé. — On traite l'huile par une solution aqueuse de carbonate de soude qui dissout les acides à une basse température.

Deuxième procédé. — On agite l'huile de foie de morue avec de l'alcool à 90 degrés ; l'alcool séparé de l'huile est distillé, et la partie non volatilisée renferme les principes actifs sur lesquels ont porté mes expériences.

Dans les deux cas, l'huile ainsi traitée devient à peu près inodore, sans goût, et se rapproche de l'huile obtenue des graisses animales. Quant au produit, le *morrhuol*, il est âcre, amer, très aromatique, cristallisant en partie à la température ordinaire.

Ce produit renferme du phosphore, de l'iode et du brôme en quantité très notable ; on en trouve de dix à douze fois plus que dans l'huile primitive. Ces divers corps se trouvent tellement unis entre eux qu'il a été impossible de les doser séparément. Ils forment donc un produit complexe qui sera l'objet d'études chimiques plus complètes.

La quantité de morrhuol varie avec la quantité des huiles employées.

Les diverses huiles en fournissent : l'huile brune, de 4,50 à 6 p. 100 ; l'huile blonde, de 2,50 à 3 p. 100 ; l'huile blanche, de 1,50 à 2 p. 100.

Il était curieux de savoir si l'huile ainsi traitée et privée de son principe actif jouirait des mêmes propriétés que l'huile de foie de

morue en nature. Comme il était facile de le prévoir, ces huiles ne m'ont donné aucun résultat ; elles agissent comme corps gras, mais seulement comme corps gras, elles ont perdu par le traitement qu'on leur a fait subir les propriétés particulières à l'huile de foie de morue.

Restait donc le principe actif, qu'il s'agissait de présenter aux malades sous une forme acceptable. En présence de sa saveur désagréable et de son odeur aromatique très prononcée, M. Chapoteaut a songé à mettre le morrhuol en capsules. Chaque capsule renferme 20 centigrammes d'extrait, correspondant à 5 grammes d'huile de foie de morue.

A la dose de 2 capsules par jour chez les enfants de six à huit ans, de 4 capsules chez les enfants de huit à douze ans, et de 8 à 10 chez les adultes, ces capsules, prises au moment des repas, m'ont rendu de réels services.

Je n'ai certes pas la prétention de remplacer l'huile de foie de morue par le morrhuol, mais je crois que ce nouveau produit, grâce à une administration plus facile, pourra remplacer l'huile toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une répugnance insurmontable. Je crois même que là ne se bornera pas son rôle, car il présente des avantages sérieux. Il arrive souvent que l'huile, lorsqu'on est obligé d'en donner de certaines quantités, est mal digérée, qu'elle donne lieu à des nausées, à des vomissements, à de la diarrhée ; en un mot, qu'elle amène des troubles de la digestion tels, qu'on est obligé de la supprimer. Rien de semblable avec son principe actif, dont l'usage prolongé pendant des mois à une dose relativement élevée, 12 capsules par jour, n'a jamais produit le moindre trouble du côté des voies digestives.

Le plus souvent, au contraire, dès les premiers jour des son administration, les troubles préexistants disparaissent, l'appétit augmente, les digestions deviennent plus faciles et les garde-robes plus régulières. Le morrhuol, que les enfants supportent aussi facilement que les adultes, agit plus rapidement que l'huile de foie de morue. Cette action plus rapide découle tout naturellement de ce que son absorption est plus facile, plus complète.

Aussi ai-je obtenu des résultats surprenants chez des malades que l'huile de foie de morue eût certainement améliorés, mais pas avec la même rapidité. Je veux parler des tuberculeux à la première période, au moment où ils sont fatigués par une toux opiniâtre, surtout le

soir, où leurs forces commencent à décliner, et l'amaigrissement à devenir sensible. Sous l'influence du morrhuol, de 6 à 8 capsules dans les vingt-quatre heures, la toux se calme rapidement dans les trois ou quatre premiers jours, l'appétit renaît, l'alimentation devenant plus complète, le teint des malades s'anime, ils ont le sentiment d'un accroissement des forces, dans les jambes surtout. Mes expériences ont porté sur un grand nombre de tuberculeux au début ; c'est la maladie la plus commune dans la clientèle, et surtout dans une certaine partie de la clientèle. Chez tous, j'ai obtenu une amélioration notable. En même temps que l'état général devient meilleur, et que la toux se calme, l'expectoration, surtout lorsqu'elle est due au catarrhe broncho-pulmonaire, diminue rapidement.

Cette action rapide sur la sécrétion bronchique, m'a amené à employer le morrhuol dans la bronchite chronique, surtout lorsqu'elle est accompagnée d'une expectoration abondante. J'ai choisi de préférence mes malades parmi ceux qui avaient déjà suivi ou suivaient encore le traitement classique par les balsamiques, les eaux sulfureuses et l'iodure de potassium. Dans la plupart des cas que j'ai eu à traiter, les résultats ont été très satisfaisants. En huit jours ou quinze jours au maximum, les capsules, prises à la dose de huit par jour au moment des repas, ont modifié très favorablement l'état de mes malades. Diminution des crachats, facilité plus grande dans leur expulsion, suppression à peu près complète de la toux et de l'oppression. Ces malades éprouvent un tel bien-être qu'ils avouent n'avoir été soulagés de cette façon par aucun des nombreux médicaments qu'ils ont employés.

Continuant la série de mes expériences, dont le début remonte au mois de juillet 1884, j'ai fait prendre les capsules de morrhuol aux enfants strumeux et scrofuleux auxquels j'avais jusqu'ici administré l'huile de foie de morue. Dans la plupart des cas, l'état général a été heureusement et assez rapidement influencé par le traitement. Il en est de même dans le rachitisme.

Je me propose de réunir mes nombreuses observations et d'en faire l'objet d'un nouveau travail qui montrera, je l'espère, les bons effets que l'on peut retirer de l'administration des capsules de morrhuol dans le cas où l'emploi de l'huile de foie de morue est rendu impossible. Je crois même arriver à démontrer que, dans certains cas, il est avantageux de remplacer l'huile par son principe actif.

(*Extrait de la Gazette des Hôpitaux.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

1. — Traitement du rhumatisme articulaire pendant la grossesse. — Il n'est pas rare dans le cours de la grossesse d'observer le rhumatisme mono ou poly-articulaire, à frigore chez les unes, ou chez d'autres sous la dépendance de la leucorrhée ou de la blennorrhagie. Dans sa thèse inaugurale, le Dr Celles en cite plusieurs observations fort intéressantes.

Les symptômes du rhumatisme articulaire ne sont pas différents dans la grossesse et dans l'état de vacuité ; cette affection n'est pas plus grave dans le premier cas et sa terminaison est tout aussi favorable que dans le second.

Son action sur la gestation est parfois très fâcheuse. Le Dr Celles cite deux cas d'avortement ; cet accident semble se produire plus habituellement du quatrième au cinquième mois.

Autant le rhumatisme articulaire est peu grave pendant la grossesse, autant il présente de dangers après l'accouchement, car le plus souvent mono-articulaire, il peut conduire à la suppuration de l'articulation.

Le traitement doit consister dans l'administration du sulfate de quinine à la dose de 2 à 3 grammes, de la vératrine sous forme de pilules à la dose de 10, 15, 20 et 25 milligrammes. On fera aussi usage d'applications locales laudanisées et on enveloppera la partie malade avec la baudruche de gutta-percha.



2. — Dilatation permanente de la matrice. — Il est des cas où la dilatation de la cavité utérine est un moyen non seulement d'exploration, mais encore de traitement. Cette manière de voir que nous avons bien souvent développée dans nos leçons cliniques, rue de Savoie, se trouve vérifiée par la pratique journalière.

Nous avons vu, dans des cas de fibrômes, de polypes intra-cavitai-



res, etc., qui causaient depuis des années des métrorrhagies abondantes que l'ergotine et le tamponnement étaient impuisssants à arrêter, nous avons vu, disons-nous, ces phénomènes disparaître dès les premières dilatations.

La dilatation s'effectue de plusieurs manières : on peut faire usage de tiges de laminaria, d'éponges préparées de grosseurs croissantes ; enfin, on a recours à la dilatation mécanique à l'aide des dilatateurs.

Nous ferons à ce sujet une étude très prochaine de ces instruments et des conditions qu'ils doivent remplir.

Considérée comme moyen d'exploration seul, la dilatation a aussi ses avantages, et rappelons à ce sujet que le mois dernier, à la Société médicale de Genève, le professeur Vulliet vient de faire une communication sur ce mode d'exploration de l'utérus. M. Vulliet a pu étudier la cavité utérine même pendant la menstruation, voir de quelle façon se faisait l'hémorrhagie, et faire de la cavité utérine des photographies, ainsi que des moulages intéressants.

Voici comment on doit procéder d'après M. Vulliet. Il faut d'abord mettre la femme dans la position génu-pectorale, le siège très relevé, le périnée et la paroi postérieure du vagin relevés, autant que possible, avec une valve du côté de l'anus. Puis l'on commence la dilatation de la matrice en introduisant d'abord soit des sondes uréthrales, soit des bougies de grosseur variable, suivant l'étroitesse du canal utérin et suivant la résistance de l'organe. A l'introduction de ces instruments succède celle de petits tampons d'ouate iodoformée, dont on augmente graduellement le nombre et qu'on laisse ordinairement en place quarante-huit heures. Quelquefois, pour activer et régulariser la dilatation, M. Vulliet s'est servi de tiges de laminaria ; il ne les laisse pas plus de vingt-quatre heures et applique, immédiatement après, un tamponnement iodoformé, pour annihiler les germes que le laminaria aurait pu introduire. En procédant ainsi d'une façon régulière, on arrive, au bout d'un temps qui varie de neuf à dix jours jusqu'à cinq semaines, suivant les malades, à obtenir une dilatation complète de la matrice, ce qui permet d'étudier parfaitement toute la surface interne de l'utérus. Dans les 13 cas où M. Vulliet a appliqué sa méthode, il a toujours remarqué que les tampons étaient supportés sans inconvénient, à part quelques coliques utérines assez légères survenues pendant les premiers jours. Si on laisse l'utérus revenir sur lui-même, et que l'on veuille ensuite faire une seconde dilatation, on l'obtient beaucoup plus rapidement que la première.

* * *

3. — Traitement de la leucorrhée et des écoulements vaginaux fétides. — Dans les cas d'endo-métrite, de polypes utéro-folliculaires ou lorsqu'on est en présence de corps fibreux intra-cavitaires, d'ulcérations du col ou bien encore quand on a à faire à une vaginite, il se produit des écoulements plus ou moins abondants et inodores, mais qui, quelquefois cependant, exhalent une odeur repoussante, malgré les soins de propreté les mieux entendus de la part des malades.

La désinfection s'obtient très bien en pareil cas, à l'aide du chlorate de potasse uni à l'eau de goudron et au laudanum d'après la formule suivante :

Chlorate de potasse	12 gr.
Laudanum de Sydenham...........	10 gr.
Eau de goudron........................	300 gr.

Deux ou trois cuillerées à bouche pour chaque litre d'eau chaude à employer en injections matin et soir.

Pour pratiquer cette injection, il ne faut pas employer l'irrigation qui ne fait qu'un lavage éphemère ; il est bien préférable de se servir d'une petite pompe qui utilise le liquide aussi longtemps qu'on le désire (Chéron).

La moyenne de durée de l'injection doit être de cinq à six minutes.

Il arrive parfois que la leucorrhée s'accompagne d'un prurit rebelle des parties génitales. Dans ce cas, voici une autre formule d'injection, qui, tout en faisant cesser le prurit, agit aussi sur la leucorrhée qu'elle diminue sensiblement.

Cette injection, qui doit être prise aussi chaude que possible, se compose d'une solution à parties égales de teinture d'iode et d'iodure de potassium dont on emploie une cuillerée à thé pour une grande quantité d'eau de goudron (de 1 à 2 litres environ).



4. — Traitement des gerçures du sein. — Les gerçures du sein ne sont pas chose rare chez les nourrices ou les jeunes accouchées qui veulent nourrir leur enfant. Elles sont une des causes prédisposantes des lymphangites et des abcès de cet organe, et c'est à ce titre surtout qu'elles réclament, sans retard, des soins assidus.

Voici le procédé proposé par le Dr Reissen :

Dès que les crevasses apparaissent, et même on peut dire, dès qu'il

y a de la sensibilité au moment de la tétée, on applique sur le mamelon et l'aréole une compresse pliée en quatre et imbibée de la solution d'acide borique ; cette solution doit être titrée de la façon suivante :

Eau distillée.....................	200 grammes.
Acide borique....................	6 grammes.

On peut aussi employer, sans inconvénient, la solution saturée à 4 0|0.

Sur la compresse, on placera un morceau de taffetas gommé afin d'éviter l'évaporation ; sur le taffetas, on applique une couche d'ouate et le tout est maintenu à l'aide d'un bandage de corps. Cette couche d'ouate et le bandage de corps ont l'avantage de soutenir les mamelles, de les maintenir à une température constante et de les mettre à l'abri de l'action du froid.

De plus, la compression qu'elles exercent sur le sein est d'une grande utilité, en diminuant la tension du sein et en prévenant la formation du pus. L'avantage capital de ce traitement, c'est de rendre excessivement rares, les complications inflammatoires, lymphangite ou abcès, et de permettre de continuer le traitement.

***

5. — Injection vaginale calmante. — Proposée par Trousseau, cette injection se formule ainsi :

Feuilles sèches de Belladone....	15 gr.
» » de Stramoine............	15 gr.
Eau..................................	750 gr.

On porte à l'ébullition que l'on maintient jusqu'à réduction d'un tiers ; on passe et on ajoute :

Laudanum de Rousseau.............	2 gr.

Lorsque les douleurs sont en rapport avec le cancer utérin, la dose de laudanum peut être portée à 10 grammes.

***

6. — Solution contre le cancer utérin. — Fleischer recommande la formule suivante :

Hydrate de chloral...........	8 grammes.
Eau distillée	90 —

Faites dissoudre.

On trempe des tampons de coton dans cette solution et on les introduit au fond du vagin préalablement lavé à l'eau tiède. On renouvelle le pansement toutes les deux heures. Après deux ou trois applications de chloral, la douleur a perdu de son intensité, et l'écoulement vaginal est notablement moins irritant.

Pour arrêter la marche du cancer utérin, le Dr Gibb préconise l'emploi d'une solution très concentrée de perchlorure de fer qu'on applique également à l'aide de tampons d'ouate. L'ulcération cancéreuse est préalablement débarrassée par des lavages de tous les liquides qui la souillent, et les lavages sont répétés après l'introduction des tampons, afin qu'aucune parcelle de caustique ne puisse irriter le vagin ou la vulve.

D'après l'auteur, ce traitement produit un très bon résultat, quand l'ulcération est purement épithéliale et à marche chronique.



7. — **Tétanos puerpéral.** — Dans les premiers jours de décembre 1885, une femme entra à l'hôpital de la Pitié, service de la clinique, pour un tétanos auquel elle a succombé au bout de cinq jours. La maladie s'était produite dans les circonstances suivantes :

Il y a trois mois, elle est devenue enceinte pour la quatrième fois. Sa grossesse suivait son cours régulier, sa santé continuait à être irréprochable, lorsque le 29 novembre, à la suite d'une émotion vive, elle fit une fausse couche dont les suites immédiates furent d'ailleurs très simples. Pendant les quatre premiers jours qui suivirent, il ne se passa rien d'anormal. Mais le cinquième jour, qui était le 4 décembre, dans la soirée, elle s'aperçut qu'elle ne pouvait plus ouvrir la bouche qu'avec une grande difficulté. Dès le lendemain, ce n'était plus une difficulté seulement qu'elle éprouvait, mais une impossibilité absolue d'ouvrir la bouche. En même temps elle éprouvait une certaine raideur dans le dos, et sa respiration exigeait un plus grand effort musculaire que d'habitude.

Entrée à l'hôpital deux jours après, le 6 décembre, on lui administra immédiatement du chloral.

Le lendemain et les jours suivants, malgré la médication chloralée, la contracture gagne de plus en plus.

Ces caractères de la contracture étaient tellement nets, surtout pendant les périodes de spasmes, qu'il n'y avait pas à hésiter un instant

pour le diagnostic du tétanos. Sans cela on aurait peut-être pu se demander si l'on n'avait pas affaire à une méningite tuberculeuse, la malade ayant eu un père, une mère et un mari morts phthisiques.

Enfin, elle succomba cinq jours et demi après le début des accidents. Sans nous arrêter aux discussions nombreuses que ce fait peut soulever, surtout au point de vue étiologique, parlons seulement du traitement.

Le chloral donné dès le début et continué pendant toute la durée de la maladie est resté inefficace. Il a réussi cependant quelquefois, et c'est, sans contredit, de tous les agents de la thérapeutique opposé au tétanos, celui qui a eu la plus grande proportion de succès. On se rappellera, sans doute, que dans un rapport sur l'observation de M. Cauchon (de Rouen) d'un cas de tétanos traumatique traité et guéri par le chloral à hautes doses, M. Verneuil constatait cinq cas de succès par l'emploi de ce moyen administré conformément aux trois principes suivants, qui font la base du traitement qu'il a institué : agir vite par le chloral à hautes doses, isoler le malade dans le silence le plus complet et l'obscurité la plus profonde, éviter le moindre attouchement, ne donner que des aliments liquides, envelopper complètement le malade dans la ouate, de façon à avoir une température constante.

Aurait-on eu plus de chances de succès, dans ce cas-ci, avec d'autres moyens prônés à tour de rôle, tels que le chloroforme, la morphine, le curare, le jaborandi ou la pilocarpine ? Tous ces moyens ont donné des succès, mais les revers ont toujours été plus nombreux.

Le chloroforme a, d'ailleurs, un danger dans ces conditions : c'est d'augmenter la disposition à l'asphyxie, et cette considération a suffi pour le faire écarter dans le cas présent. Wunderlick aurait obtenu, d'après M. Jaccoud, un succès dans un cas de tétanos rhumatismal ou *a frigore* par l'usage de la pilocarpine continuée pendant plusieurs semaines. On sait qu'en général, quels que soient les moyens employés, les succès sont plus faciles et plus nombeux dans les cas de tétanos spontané que dans le tétanos traumatique. On ne peut donc conclure rigoureusement des uns aux autres.



8. — Le cimicifuga racemosa dans l'accouchement. — Devant la Société obstétricale de Chicago, le D[r] Suydam Knox a fait une communication fort intéressante sur l'influence remarquable du

cimicifuga racemosa sur l'accouchement. L'auteur, qui administre ce médicament à la dose de cinq gouttes d'extrait fluide dans du sirop de Salsepareille à prendre chaque soir pendant le mois qui précède l'accouchement, est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Par suite de l'emploi du cimicifuga, la durée de la première et de la seconde période est diminuée d'au moins de moitié.

2° Le cimicifuga a un effet sédatif réel sur la femme en travail, calme l'irritabilité réflexe, la nausée, le prurit et l'insomnie, troubles si fréquents durant les six dernières semaines de la grossesse, et non seulement les amoindrit considérablement, mais même parfois les fait disparaître tout à fait.

3° Le cimicifuga exerce aussi une action antispasmodique évidente sur la femme en couches. Les crampes névralgiques et les douleurs irrégulières de la première période sont moindres et quelquefois cessent complètement.

4° Le cimicifuga relâche la fibre musculaire utérine et les parties molles du canal par où doit passer le fœtus, et cela, en contrôlant l'irritabilité musculaire ; il facilite ainsi le travail et diminue les chances de lacération.

5° Le cimicifuga augmente l'énergie et le rhythme des douleurs de la seconde période du travail.

6° De même que l'ergot, le cimicifuga assure la contraction utérine après la délivrance.

***

9. — Traitement des métrorrhagies (J. Chéron.) — Les préparations de rue et de sabine sont souvent préférables à l'ergot de seigle. Il faut remarquer qu'on ne doit employer ces substances qu'avec modération, dans la crainte d'avortement.

Dans les cas où l'insuccès de l'ergot de seigle et de l'ergotine est notoire, on réussit en général en faisant usage des formules suivantes :

Poudre de rue..................	àà 1 gramme.
Poudre de sabine................	

pour faire vingt pilules.

Prendre une pilule le matin et une pilule le soir.

La sabine, employée seule, peut être donnée à des doses beaucoup plus élevées.

Sabine fraîchement pulvérisée.... 10 grammes en 30 cachets.

On prescrit l'huile de sabine à la dose de six à dix gouttes dans un julep de 120 grammes.

Lorsqu'on a affaire à des métrorrhagies rebelles, voici une formule qui peut donner de bons résultats.

Ergotine de Bonjean........................	3 grammes.
Poudre de rue................................	1 gr. 50
Poudre de sabine.............................	1 gr. 50

M.

Pour 30 pilules.

A prendre deux par jour, puis quatre.

D'après Tacke, l'atropine vaudrait beaucoup mieux que l'ergotine dans ces conditions. Il recommande une solution au millième dont il injecte trois dixièmes de centimètres cubes, deux ou trois fois par jour, sous la peau.

Les préparations de cannelle nous ont aussi donné d'excellents résultats, qui nous font considérer ce médicament comme un agent hémostatique remarquable.

La cannelle est surtout indiquée dans les métrorrhagies de l'état chlorotique, dans celle de la grossesse, chez les femmes débiles et lymphatiques, dans les métrorrhagies longues et peu abondantes qui succèdent à l'accouchement, enfin, dans les métrorrhagies symptomatiques du cancer de l'utérus, lorsque ces hémorrhagies sont de longue durée et résistent aux autres moyens.

Teinture de cannelle.....................	6 grammes.
Sirop d'écorce d'oranges amères..........	100 grammes.

Prendre une cuillerée à soupe, toutes les trois heures, si la métrorrhagie est abondante Si elle est ancienne et en minime quantité, il vaut mieux prendre une cuillerée à café toutes les deux heures.

Dans les cas de métrorrhagies en rapport avec la chlorose, on obtient également de bons résultats avec la poudre de cannelle seule ou associée à la limaille de fer porphyrisée.

A. Poudre de cannelle 1 gramme en 10 pilules.

Prendre 1 pilule toutes les heures.

B. Limaille de fer porphyrisée ..... } ââ 1 gr.
Cannelle pulvérisée............ }

en 10 pilules — 5 pilules par jour.

Une troisième association de la cannelle avec le laudanum donne

aussi de remarquables résultats dans les métrorrhagies très abondantes, en relation avec les conditions énoncées précédemment.

C. Teinture de cannelle.................. 10 grammes.
Laudanum de Sydenham........ .... 30 gouttes
Sirop de Tolu.......................... 100 grammes.
Prendre 1 ou 2 cuillerées à café toutes les demi-heures.

***

10. — La constipation et les affections utérines. — La constipation chronique accompagne si souvent les affections utérines, à titre de complication, qu'il importe d'accueillir et d'étudier tous les moyens que signalent les cliniciens comme réalisant un progrès sur ceux déjà connus.

Ancun symptôme morbide dans la nombreuse symptomatologie des affections de l'appareil utéro-ovarien n'est aussi difficile à combattre que la constipation. On parvient très facilement, à l'aide des purgatifs, à faire cesser la crise,.à débarrasser l'intestin ; mais, aussitôt, tout se reproduit, et c'est à recommencer.

Voici quelques formules utiles à employer pour combattre la constipation, suivant la cause qui la produit.

Lorsqu'on a affaire à une paresse de l'intestin et à un défaut de sécrétion de la muqueuse intestinale, on peut faire usage des pilules suivantes dont on prend une au moment de se mettre au lit.

Extrait de fève de Calabar......
Extrait de belladone............ } ââ 30 centigr.
Extrait de noix vomique........

en 12 pilules.

Chez les hémorrhoïdaires, la constipation sera combattue par l'emploi de 10 à 30 grammes du sirop suivant :

Soufre lavé et sublimé..................... 50 grammes
Sené pulvérisé.................. .... 20 grammes
Essence de citron........................... 0,30 centigr.
Sirop de sucre...... .... Q. S.

Dans la majorité des cas, ou pourra faire usage de l'une des formules suivantes :

A. Magnésie anglaise..................	25 grammes.
Crème de tartre..........................	13 grammes.
Bicarbonate de soude.........................	2 grammes.
Oléo saccharure d'anis........................	1 gramme.

pour 40 cachets. M. Huchard, qui donne cette formule, fait prendre un cachet au commencement de chaque repas.

B. Podophyllin....................	ââ 30 centigr.
Extrait de jusquiame............	
Savon médicinal........	

pour 10 pilules. — En prendre une ou deux, le soir en se couchant.

C. Teinture de rhubarbe................	10 gr.
— noix vomique............	6 gr.
— badiane..................	4 gr.

Prendre 10 gouttes de ce mélange dans un peu d'eau, 5 à 10 minutes avant les repas.

D. Si les voies digestives, en mauvais état, ne peuvent pas supporter l'ingestion de ces médicaments, on peut avoir recours à l'emploi d'un suppositoire ainsi composé :

Aloës..................	ââ 0,20 centigr.
Fleur de soufre..........	
Beurre de cacao.........	2 gr.

Signalons, en terminant, une substance, appartenant à la Pharmacopée américaine, douée de propriétés eupeptiques, ayant une excellente action sur la dyspepsie avec troubles hépatiques et sur la constipation qui l'accompagne, agissant favorablement sur les hémorrhoïdes et sur les troubles aménorrhéiques et dysménorrhéiques du flux menstruel, nous voulons parler du cascara sagrada.

Les expériences faites sur les animaux et sur l'homme font considérer cette substance eupeptique amère, comme un excitant de la sécrétion biliaire, qui augmente aussi la sécrétion stomacale et pancréatique, phénomène qui se produit par l'intermédiaire des systèmes vaso-moteur et sécrétoire de l'intestin, sur lesquels s'exercerait spécialement son action par voie directe ou réflexe.

Le cascara sagrada s'emploie sous forme de poudre ou de teinture. Quand on fait usage de la poudre, on la donne, en cachets, à la dose suivante :

Poudre de cascara sagrada.............. 5 gr.
en 20 cachets.

Prendre un cachet matin et soir.

La teinture à 20 0/0 est employée à la dose de 3 à 6 grammes deux à trois fois par jour, ce qui correspond de une 1/2 à une cuillerée à café.

Il arrive parfois que les malades éprouvent des coliques, souvent très pénibles, quelle que soit la préparation employée.

Dans ce cas, on remédie à cet inconvénient en faisant usage de la formule suivante :

Poudre de cascara sagrada...........	0.25 centigr.	
Extrait de belladone...................	0,01	—
Poudre de lycopode (vraie)............	0,10	—

Le traitement doit être continué pendant plusieurs semaines, si l'on veut obtenir un résultat durable. On fera, de temps en temps, des repos de 1 à 3 jours, lorsque les fonctions tendent à se régulariser.



11. — De l'iodoforme en gynécologie ; ses diverses formes d'emploi. — L'iodoforme dont les grandes qualités antiseptiques tendent, malgré son odeur désagréable et tenace, à généraliser l'emploi, peut être utilisé de différentes manières, sous la forme de poudre, de crayons, en lotions, en injections parenchymateuses, associé au collodion, ou bien fixé dans la trame d'un tissu de gaze à mailles plus ou moins serrées.

Mosetig donne les indications suivantes relativement à l'emploi de la poudre. Il conseille l'usage de la poudre finement pulvérisée, de préférence à la poudre en gros grains ou cristalline. La poudre fine se met en contact plus immédiat avec les portions de la plaie, même les plus petites, dont la réunion par première intention n'est pas ainsi entravée comme avec la poudre en gros grains.

Dans le cas où on désire obtenir une réunion par première intention, la couche pulvérulente doit être mince. On saupoudrera les cavités d'une couche épaisse d'environ 2 à 3 millimètres. Il est inutile, et, dans certains cas, il serait dangereux de les remplir complètement. La quantité maxima employée par Mosetig a été de 70 grammes, la dose moyenne a été de 30 grammes.

Une bonne manière de répandre l'iodoforme d'une manière uniforme sur les plaies à recouvrir, c'est de faire usage d'une poire à pulvé-

risation et, à son défaut, d'un petit tamis. Il est important de conserver l'iodoforme dans des récipients en verre jaune, pour le soustraire à l'action de la lumière qui le décompose très notablement.

Lorsqu'on a besoin de faire usage de l'iodoforme pour modifier des trajets fistuleux ou bien lorsqu'on veut porter son action dans des cavités profondes, telles que celle du col de l'utérus, on fait usage de crayons iodoformés, préparés d'après les deux formules suivantes, selon qu'on veut obtenir un crayon dur ou un crayon mou :

A. Crayons durs : Iodoforme pulvérisé... } P. E.
Gélatine............. }

F. s. a.

B. Crayons mous : Iodoforme pulvérisé... } P. E.
Beurre de cacao...... }

F. s. a.

On peut, dans ces deux formules, doubler la dose d'iodoforme.

Les lotions iodoformées peuvent se faire avec divers véhicules. Gubler conseillait l'emploi de l'huile, on peut faire usage de la glycérine.

Les lotions faites avec la solution éthérée sont très actives.

Quant aux injections parenchymateuses, elles sont très recommandées par Mosetig, qui conseille la formule suivante :

Iodoforme........................	50 gr.
Glycérine........................	40 —
Eau distillée......................	10 —
Gomme adragante..................	0,30 centigr.

Dans le but d'obtenir la réunion par première intention de plaies suturées qu'il est impossible de soumettre à un pansement compressif antiseptique, comme, par exemple, les plaies au niveau de l'anus ou des parties sexuelles chez la femme, Küster préconise l'emploi d'un collodion iodoformé à 10 % dont il applique avec un pinceau une couche assez épaisse sur la ligne de suture.

Enfin, on fait usage de la gaze iodoformée pour recouvrir les plaies que l'on veut protéger contre les décompositions possibles des liquides sécrétés.

La gaze iodoformée est faite avec du calicot non apprêté, dans la trame duquel l'iodoforme est introduit par compression. L'étoffe ainsi préparée, contient de 10 à 20 % d'iodoforme.

On peut augmenter la teneur en iodoforme de la gaze, et la porter à près de 50 %, en imprégnant préalablement l'étoffe de colophane et de glycérine.

***

12. — **Le massage utérin et certaines formes d'hypertrophie utérine.** — Le Dr Reeves Jackson a présenté le massage utérin comme un moyen efficace de traiter l'hyperplasie partielle ou totale de l'utérus.

Sa méthode comprend trois sortes de massage :

1° Le massage abdominal.

2° Le massage abdomino-vaginal.

3° Le massage abdomino-rectal.

Le massage abdominal peut être pratiqué d'une manière très efficace, lorsque l'utérus hypertrophié s'élève assez au-dessus du pubis pour que l'on puisse saisir entre les doigts le fond ou une partie de ses parois. On évite ainsi d'avoir recours au vagin, ce qui sera toujours préférable, surtout dans les cas où le vagin est étroit et très sensible. Voici la manière d'opérer : la vessie étant vidée au préalable et la malade étant couchée sur un matelas un peu dur, on commence par pétrir des deux mains une certaine portion de la peau et des tissus superficiels de toute la surface de l'abdomen jusqu'à la hauteur de l'ombilic. On répète ensuite la même opération sur les parties profondes que l'on comprime entre les doigts avec une force graduellement croissante.

Au bout de cinq à dix minutes de ces manipulations, on enfonce les doigts plus profondément dans les régions hypogastrique et ovarienne, en cherchant à saisir la plus grande portion d'utérus possible. Cet organe est ainsi comprimé, relâché, puis roulé entre les doigts dans toutes les directions, pendant vingt à trente minutes, jusqu'à ce que la malade accuse de la fatigue.

Le massage abdomino-vaginal n'est employé que dans les cas où l'utérus n'a pas un volume suffisant pour pouvoir être atteint par la méthode abdominale. Voici la manière d'opérer :

On introduit dans le vagin les deux premiers doigts d'une main, tandis que l'autre main est appliquée sur le fond de l'utérus. Les doigts sont introduits en arrière de la portion sus-vaginale du col auquel on imprime plusieurs fois des mouvements d'arrière en avant. Puis la portion supérieure de l'utérus étant assujettie de l'autre main,

on la comprime entre les doigts de chaque main pendant quelques secondes, puis on la relâche.

On répète plusieurs fois cette manipulation sur les parties de l'organe qu'on peut atteindre.

Cela fait, on change de place les doigts intra-vaginaux que l'on introduit dans le cul-de-sac antérieur en dirigeant la pulpe vers le col, et l'utérus est comprimé de la même manière que plus haut.

En même temps que l'on pratique cette opération, on soulève l'organe jusque dans le bassin et on l'y maintient pendant quelques secondes.

Quant au massage abdomino-rectal, il est rarement appliqué.

Malgré la facilité avec laquelle on atteint l'utérus, la douleur produite par l'introduction de deux doigts dans le rectum et l'irritabilité de l'intestin rendent cette méthode peu praticable, à l'exception des cas où le rectum est dilaté et le vagin contracté.



13. — Prurit vulvaire dans la glycosurie chez la femme. — Les moyens le plus ordinairement usités dans cette affection sont le bromure de potassium à la dose de 4 à 5 grammes par jour, des boissons alcalinés concurremment avec des bains alcalins.

On doit toujours se guider, pour établir le traitement, sur les causes qui ont amené le prurit. C'est ainsi que, dans certains cas, le prurit vulvaire est sous la dépendance de la glycosurie. On comprend que la muqueuse génitale, baignée par une urine chargée de sucre, constitue un milieu de culture favorable au développement de champignons microscopiques, dont la présence explique les démangeaisons, les éruptions eczémateuses et furonculeuses, qu'on observe sur la muqueuse vulvaire dans les états de ce genre. Le traitement, pour être efficace, devra être dirigé contre la cause première des accidents, c'est-à-dire contre la glycosurie. Il devra donc consister dans un régime approprié et l'administration d'eaux minérales alcalines. Sous l'influence de ce traitement, les urines deviennent promptement alcalines, condition favorable à l'arrêt de développement des micro-organismes auxquels il faut attribuer les démangeaisons.

Le Dr Blanchet (de Vichy) conseille : Bains de siège alcalins pendant soixante minutes ; glycérine en lotions sur toutes les parties cuisantes ; le bain de siège au son de froment, les lotions doivent être faites dans l'intérieur de toutes les lèvres, et, si l'on peut, dans le vagin.

Voici, en outre, une pommade qui lui a parfaitement réussi :

Oxyde de zinc.................	25	grammes.
Acide salicylique..............	1	—
Glycérolé d'amidon...........	25	—

Il engage beaucoup ces malades à prendre des bains prolongés tièdes, s'il y a irritation aiguë. Cette irritation, chez la femme diabétique, vient certainement du passage réitéré de l'urine sucrée ; donc, par un traitement rationnel, éviter la trop grande polyurie.

FORMULAIRE

—

Traitement des accidents de la ménopause. (J. Chéron.)

La période dite cessation des règles (ménopause), rarement subite et imprévue, s'annonce le plus souvent par une diminution progressive de la quantité de sang perdue chaque mois. Des irrégularités surviennent dans le retour des règles. Tantôt celles-ci sont doublées, c'est-à-dire surviennent tous les quinze jours, constituant parfois de véritables métrorrhagies, tantôt au contraire, il y a des suppressions de un à plusieurs mois avec diminution notable de l'écoulement. Ces irrégularités s'accompagnent parfois de troubles de l'innervation et de la circulation qui attirent l'attention des malades, les inquiètent, et les font recourir aux lumières de l'homme de l'art.

Les troubles de l'innervation et de la circulation, qui se confondent habituellement, se caractérisent par une excitation nerveuse qui se traduit par une sorte de pléthore avec bouffées de chaleur et poussées de sueurs vers le visage et vers le cerveau. Des vertiges, de la céphalalgie, des étouffements, des palpitations apparaissent consécutivement. Les malades ne peuvent rester dans un appartement dont la température dépasse 10 à 12 degrés. Quelques-unes ne peuvent rester dans une foule sans éprouver un sentiment d'oppression qui peut aller jusqu'à l'évanouissement. Il survient des hémorrhagies supplémentaires, des hémorrhoïdes et des congestions viscérales de toutes sortes.

En même temps l'humeur s'altère, l'impressionnabilité nerveuse s'exalte, et des éruptions diverses se manifestent, acné, couperose, prurigo. Il survient du météorisme abdominal et intestinal, de la dyspepsie, et souvent, à cette periode de l'existence, alors qu'aucune manifestation ne s'est produite dans le courant de la vie, on voit se développer l'hystérie, avec la série de ses accidents nerveux.

Les deux moyens principaux à opposer à l'ensemble de ces phénomènes morbides, moyens simples et à la portée de tous les malades, sont représentés par le bromure de potassium d'une part, et les purgatifs de l'autre.

En effet, deux indications se présentent : 1° atténuer les troubles vasculo-nerveux de la face et du cerveau, à l'aide d'un médicament vasculaire. 2° faire une dérivation sur les organes éloignés, l'intestin, par exemple.

Le meilleur mode d'emploi du bromure de potassium est à notre avis le suivant :

Bromure potassique........................	20 gr.
Eau distillée...	30 gr.
Sirop d'Ecorce d'oranges amères	350 gr.

à prendre une cuillerée à soupe avant chaque repas, deux fois par jour, ce qui représente, pour la journée, deux grammes de bromure de potassium.

Quant aux purgatifs, voici ceux auxquels nous donnons la préférence :

Podophyllin......................	0,40 centigr.
Résine de Scammonée...........	2 gr.
Savon amygdalin................	2 gr.
Extrait de jusquiame...........	0,40 centigr.

pour 40 pilules, dont on prendra de une à trois avant le repas du soir.

Quelques malades hémorrhoïdaires, trop sensibles à l'action du podophyllin, se trouvent mieux de l'emploi des purgatifs salins, tels que les eaux de Chatel-Guyon, Pullna, Hombourg, Rubinat, Birmenstorff, etc. etc., le sel effervescent de Sedlitz ou le citrate de magnésie, dont nous recommandons la formule suivante :

Citrate de magnésie..............	35 à 45 gr.
Sirop de groseille................	40 gr.
Aqua fontis	200 gr.

dont on prend un grand verre deux fois par semaine.

Les frictions sèches, tous les matins, sur tout le corps, les bains de tilleul et de gélatine, un exercice musculaire quotidien, exercice fait modérément, l'hydrothérapie, une vie régulière, exempte de fatigue et d'inquiétudes autant que possible, enfin une alimentation non stimulante et très modérée, seront des moyens adjuvants de premier ordre, dont il ne faut pas négliger l'emploi.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

KYSTES SUPPURÉS DES DEUX GLANDES DE BARTHOLIN CONTENANT CHACUN UN CALCUL.— A PROPOS DU PROCÉDÉ DE M. VULLIET POUR DILATER LA CAVITÉ CERVICO-UTÉRINE. — SUPPRESSION ARTIFICIELLE DU FLUX MENSTRUEL.

La gynécologie est dans une période ascendante ; mais elle ne semble préoccuper exclusivement que les chirurgiens. Cette science, qui n'est pas encore faite, est surtout étudiée au point de vue de la grosse chirurgie : laparotomie, hystérectomie, ablation des kystes de l'ovaire et des fibrômes, ablation de l'utérus par la voie vaginale sont venues éveiller l'intérêt du monde médical, alors que les fistules vésico-vaginales autour desquelles Boseman et Sims avaient mené si grand tapage commençaient à lasser son attention.

Il y a autre chose que tout cela en gynécologie ; il y a les pratiques journalières, il y a un nombre incalculable de malades qui n'ont ni utérus ni fibrômes, ni kystes de l'ovaire à faire enlever, ni fistules vésico-vaginales à faire combler, et dont l'affection souvent complexe nécessite, cependant, autre chose qu'une cautérisation du museau de tanche avec le nitrate d'argent. En attendant que l'attention du public médical se porte vers cette autre

partie de la gynécologie, qui n'est ni étudiée ni enseignée, examinons quelques-unes des observations nouvelles qui nous viennent de l'étranger.

Parmi les faits intéressants du moment, en voici un rapporté par le Dr W. Scott, de Philadelphie, dans l'*American Journal of medical Sciences*. C'est un cas de calcul développé dans la glande vulvo-vaginale, chez une mulâtresse de 49 ans, qui vit survenir, trois mois après la ménopause, à l'âge de 43 ans, un abcès de la grande lèvre droite, abcès qui s'ouvrit spontanément et d'où s'écoula une assez grande quantité de pus. Quelque temps après, un abcès se produisit du côté gauche et depuis lors la malade éprouva de la gêne dans la marche, et une névralgie lombo-abdominale intense, surtout à droite. Deux ans plus tard, l'examen permettait de reconnaître l'existence de deux petits kystes communiquant chacun avec la glande vulvo-vaginale du même côté et le toucher bi-manuel par le rectum et le vagin permettait de constater la présence d'un noyau central, dur, du volume d'une noix. Le chirurgien ouvrit chacun de ces kystes et trouva, dans leur intérieur, deux calculs blanchâtres, lisses et arrondis, l'un mesurant cinq centimètres, l'autre trois centimètres de diamètre. Deux petites fistules persistèrent et la malade se trouva débarrassée de tous ses malaises. Malheureusement, l'auteur ne nous dit pas quelle était la nature de ces calculs.

Contrairement à la position occupée habituellement par ces kystes, ceux-ci avaient débuté au-dessus de la commissure postérieure et du canal excréteur et s'étaient étendus du côté de la paroi vaginale, tandis que les abcès de la glande de Bartholin se développent, en général, dans la paroi inférieure des grandes lèvres, au-dessous du canal excréteur de cette glande.

Nous avons bien vu un calcul se développer dans un kyste du vagin ouvert dans l'urèthre; mais, malgré le nombre considérable de kystes et d'abcès de la glande de Bartholin qu'il nous a été donné d'observer, nous n'en avons jamais vu aucun contenant un calcul.

Il est regrettable que l'observation du Dr W. Scott ne soit pas plus complète et ne nous dise pas si cette situation insolite de ces

deux kystes abcédés au-dessous du canal uréthral ne permettait pas l'entrée quotidienne de quelques gouttes d'urine dans ces deux poches.

***

La presse médicale nous a mis, depuis quelque temps, au courant d'un procédé de dilatation permanente de l'utérus par le professeur Vulliet, de Genève. Grâce à ce procédé, dit l'auteur, on peut voir admirablement tout l'intérieur de la matrice, étudier la cavité utérine, même pendant la menstruation, voir de quelle façon se fait l'hémorrhagie, et faire de la cavité utérine des photographies et des moulages.

Le procédé de l'auteur est le suivant : La femme est dans la position genu-pectorale, le siège très-relevé, le périnée et la paroi postérieure du vagin déprimés aussi haut que possible avec une valve de Boseman. Puis, on commence la dilatation avec des bougies de grosseurs variables, dilatation qu'on fait suivre de l'introduction de petits tampons d'ouate iodoformée, qu'on laisse en place pendant 48 heures. L'auteur alterne ces applications avec celles de tiges de laminaria qu'il laisse en place, chaque fois 24 heures.

Nous nous permettrons de faire observer que ce procédé, qui donne une dilatation complète, entre dix jours et cinq semaines, entre les mains de M. Vulliet, est un procédé d'une application tant soit peu difficile et douloureuse. Nous l'avons expérimenté avec d'autant plus d'empressement que depuis longtemps déjà, nous avons fait construire une filière pour la dilatation de la cavité utérine, appréciant comme la plupart de ceux qui s'occupent spécialement de gynécologie, l'importance de ce moyen au point de vue thérapeutique. La grande difficulté, dans l'emploi des bougies graduées, c'est l'obligation dans laquelle on se trouve, après l'introduction de deux ou trois bougies, d'interrompre la séance de dilatation parce que les bougies ne peuvent plus être introduites, soit parce que les plans musculaires réagissent, soit parce que la muqueuse, qui s'est d'abord décongestionnée, redevient turgide, une fois la réaction passée, de façon que si l'on veut continuer

avec succès l'application des bougies graduées, il faut, ou laisser reposer l'organe, ou intervenir d'une façon active avec un dilatateur à écartement, ou laisser en place, comme le fait M. Vulliet, un tampon d'ouate iodoformée.

C'est pour parer à cet inconvénient, et d'une autre part pour éviter cette position génu-pectorale, si pénible et si désagréable aux malades, que nous avons fait construire des dilatateurs à deux branches et à courbure périnéale, ce qui permet leur introduction, jusque dans le fond de la cavité utérine, en laissant la femme sur le dos, dans la position normale d'examen, et nous combinons alors leur emploi avec celui des bougies graduées.

Nous avons emprunté à M. Vulliet son idée, excellente d'ailleurs, de maintenir la dilatation acquise, à l'aide de petits tampons d'ouate iodoformée.

Grâce à ce procédé, nous avons pu supprimer la position génu-pectorale, éviter l'emploi du laminaria et les douleurs qu'il produit, et obtenir une dilatation complète avec une très grande rapidité (dans le temps le plus court, une seule séance de 55 minutes).

Nous avons employé ce procédé, dans notre service de Saint-Lazare en y consacrant parfois un certain nombre de séances et nous en avons obtenu des résultats que nous ferons incessamment connaître en détail, avec les instruments qui nous ont aidé à les produire.



M. Lœventhal (de Lausanne) a fait au congrès des Naturalistes allemands, siégeant à Strasbourg, une communication intéressante sur la suppression artificielle de l'écoulement menstruel.

Au premier abord, à la lecture du titre de cette communication, on ne peut s'empêcher d'éprouver quelque surprise ; mais M. Lœventhal nous explique que sur les 23 malades, chez lesquelles il a amené, dans un but thérapeutique, la suppression artificielle de l'écoulement menstruel, dix-huit étaient chloro-anémiques, deux étaient hystériques et trois étaient convalescentes de maladies graves.

Les chloro-anémiques ont été guéries, sans aucun autre traite-

ment de l'anémie, et la plupart ont guéri après la première suppression. Dans un cas seulement, la guérison s'est fait attendre jusqu'à la huitième ; une hystérique a été améliorée ; mais l'auteur ne parle pas des résultats obtenus chez les trois convalescentes.

Son procédé, qu'il a employé sans jamais éprouver aucunes suites fâcheuses, consiste dans l'emploi des injections d'eau chaude à 50 degrés, avec le repos au lit. Il insiste sur l'importance qu'il y a de faire usage d'eau au-dessus de 46 degrés.

Est-ce bien à la suppression du flux menstruel que M. Lœventhal a dû la guérison de ses chlorotiques ? — Nous avons déjà fait ressortir ce fait important, que chez les anémiques et chez les chlorotiques, il existe, le plus ordinairement, une congestion passive de l'appareil utéro-ovarien, qui entretient l'état chloro-anémique, lequel cède en peu de temps à l'emploi des moyens thérapeutiques appropriés, dès qu'on a fait disparaître la congestion utérine.

Il y a donc lieu de supposer que M. Lœventhal a eu affaire à des chloro-anémies, d'origine génitale, qui sont entrées dans la voie de la guérison, du jour où par l'emploi des injections d'eau chaude et le repos au lit, il a mis fin à la congestion passive de l'appareil utéro-ovarien.

J. C.

DES ULCÉRATIONS DU COL DE L'UTÉRUS (1)

Par le docteur L. NAUDIN,
ancien interne de Saint-Lazare.

—

Modifications que l'état constitutionnel imprime à l'ulcération du col. — Nous avons décrit les différentes phases par lesquelles passent les ulcérations simples avant d'être parfaitement constituées ; nous allons faire maintenant la description de chacune d'elles séparément et montrer en même temps le rôle que joue l'état

(1) Voir les Revues de Novembre et Décembre

constitutionnel de chaque malade sur la formation de l'ulcération et le cachet qu'il lui imprime. Nous disons état constitutionnel et non diathèse, partageant en cela les idées de M. Martineau (1). On doit désigner sous le nom de maladie constitutionnelle une maladie aiguë ou chronique, pyrétique ou apyrétique, continue ou intermittente, ordinairement à longues périodes, contagieuse ou non contagieuse, caractérisée par un ensemble de produits morbides et d'affections variées sévissant indistinctement sur tous les systèmes organiques. Nous citerons comme exemples la scrofule, l'herpétis et l'arthritis.

Quant à la diathèse, voici la définition qu'en donne Bazin. C'est une maladie aiguë ou chronique, pyrétique ou apyrétique, continue ou intermittente, ordinairement à longues périodes, contagieuse ou non contagieuse, et caractérisée par la formation d'un seul produit morbide pouvant avoir son siège indistinctement dans tous les systèmes organiques ; la tuberculose, par exemple.

Les trois grands états constitutionnels qui nous occupent ici sont : l'herpétis, l'arthritis et la scrofule. Il est démontré depuis longtemps que chaque affection revêt un caractère différent suivant les prédispositions du sujet qu'elle atteint ; il est donc logique d'admettre que l'utérus doit être soumis à la même loi que les autres organes, et qu'une ulcération développée chez une arthritique se différenciera d'une ulcération survenue chez une herpétique ou une scrofuleuse.

Les idées que nous émettons ici ne sont pas nouvelles. M. Martineau, dans son *Traité clinique des affections de l'utérus*, a mis en évidence le rôle et l'importance des diathèses et des états constitutionnels sur les organes génitaux de la femme.

Quels sont les grands caractères différentiels qui nous permettront de rattacher l'ulcération du col à l'état constitutionnel du sujet ? Jetons d'abord un coup d'œil sur les trois grands états constitutionnels que nous venons d'indiquer et nous verrons promptement combien cette question est hérissée de difficultés.

En effet, il n'est que trop fréquent de rencontrer des malades présentant les symptômes de diathèses diverses ; il nous suffira, pour le prouver, de donner les principales théories diathésiques émises jusqu'ici, pour faire voir combien sont différentes les opi-

(1) Martineau, *Pathogénie des affections utéro-vaginales*, page 2.

nions des auteurs, même les plus compétents, et combien cette question est loin d'être parfaitement connue.

Herpétis. — Si nous étudions la symptomatologie générale de la dartre ou herpétis, nous sommes obligés de remonter aux traités des auteurs anciens. Nous trouvons tout d'abord Mercuraly (1576), Turner (1714), qui décrivent les dartres ; puis Lorry, qui décrit l'herpès (*De herpetibus*). Pleuck et William viennent ensuite et lui donnent diverses dénominations d'après les lésions anatomiques qu'ils constatent ; enfin, nous arrivons à Bazin (1860), qui fait des recherches importantes sur ce sujet, mais confond fréquemment l'herpétis et l'arthritis (1).

Pour nous, nous considérerons ici l'herpétis comme une entité morbide, dont nous allons brièvement exposer les symptômes.

Les manifestations principales et les plus habituelles de l'herpétis ont lieu du côté de la peau, mais peuvent néanmoins se rencontrer sur d'autres organes.

L'herpétis est héréditaire; cependant, en passant d'une génération à une autre, il peut se larver, s'atténuer, en un mot, et passer inaperçu. Les femmes y semblent plus disposées que les hommes. De nombreuses causes peuvent solliciter l'entrée en action de ses manifestations. Nous citerons, entre autres, les erreurs de régime, les abus, les émotions morales, etc. Dès son enfance, l'herpétique est sujet au faux croup ou spasme glottique, aux incontinences d'urine, aux rêves, aux agitations pendant le sommeil. A l'âge adulte, les herpétiques ont une transpiration rare, peu abondante et qui disparaît pendant les éruptions ; ils sont maigres généralement, et leur maigreur contraste avec l'embonpoint des arthritiques. Les urines sont muqueuses, parfois chargées de phosphates.

Nous citerons comme accidents névralgiques la gastralgie, la migraine et les dyspepsies douloureuses.

L'herpétique, s'il ne devient pas hypochondriaque est en général alerte, remuant, actif ; son accroissement n'est pas plus tôt terminé que la déchéance commence; il est souvent affecté d'hémorrhoïdes et de varices.

(1) Bazin. Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, rédigées par Lucien Sergent. Paris, 1860.

Du côté de la peau, les affections s'accompagnent de démangeaisons intenses et parfois d'engorgements ganglionnaires. Les plus fréquents sont : la rougeole, l'urticaire, le pityriasis rubra, l'eczéma rubrum, l'herpès, le zona, le lichen, le psoriasis, le prurigo.

Ces affections ne produisent pas d'ulcérations profondes, ne laissent pas de cicatrices indélébiles; mais à leur suite paraissent de petites plaques dures, blanchâtres, lisses, et de courte durée.

Dans certaines circonstances et sous l'influence de causes qu'il est difficile d'apprécier, ces affections cutanées disparaissent plus ou moins brusquement et le travail morbide se porte avec toute sa violence sur les organes internes : vessie, foie, rate, estomac, poumon, et agit également sur toutes les muqueuses.

De nos jours, on a beaucoup négligé cette question, que les anciens avaient étudiée tout particulièrement, car ils avaient même admis l'existence de dartres internes.

Il n'est pas niable, en effet, que la diathèse herpétique imprime aux muqueuses qu'elle atteint un aspect tout spécial. Ces exemples de dartres internes sont nombreux, et Raymond, de Marseille (1), en cite des cas très intéressants. Localisée à la muqueuse, la dartre donne donc lieu à des affections spéciales; sur la muqueuse oculaire nous avons l'ophthalmie herpétique ; il en est de même pour le larynx et le pharynx, où elle produit la pharyngite et la laryngite granuleuses, si bien connues depuis les travaux de M. Noël Guéneau de Mussy (2). Quant aux autres altérations produites par l'herpétis, nous les trouverons parfaitement détaillées dans le livre de M. Lancereau (3).

Ainsi donc les lésions glandulaires et les hypersécrétions qui en sont la conséquence nous semblent devoir nous permettre de rattacher à l'herpétisme l'ulcération du col, dans laquelle nous trouvons des papilles peu développées, laissant voir entre elles de nombreux orifices glandulaires entr'ouverts ou non, souvent pleins d'une sécrétion puriforme, retenue par quelques lamelles d'épithélium et donnant à l'altération l'aspect d'une éruption d'acné à la période de suppuration.

(1) Raymond, de Marseille: *Maladies qu'il est dangereux de guérir.*

(2) Noël Guéneau de Mussy: *Traité de l'angine glanduleuse.* Paris, 1857. — Le même: *Herpétisme utérin.* (Archives générales de médecine, 1871.)

(3) Lancereau: *Traité de l'herpétisme.* Paris, 1883.

Arthritis. — L'étude de la diathèse arthritique est encore plus ardue que celle de l'herpétis, car si l'on a souvent confondu des lésions herpétiques avec des lésions arthritiques, on a rangé sous la dénomination d'affections arthritiques les affections les plus variées et les plus dissemblables.

Dans l'antiquité, le mot arthritis servit à désigner le rhumatisme et la goutte. Baillou sépara ces deux maladies; puis Bazin (1) en fit de nouveau un même état constitutionnel, dans lequel le rhumatisme et la goutte sont confondus.

Plus tard, Chomel, Grisolle, Pidoux et Requin se rallièrent à cette doctrine, et admirent l'identité de la goutte et du rhumatisme ; parmi ceux qui professèrent des opinions diverses, nous citerons Trousseau, Tardieu, Monneret, Hardy, Guéneau de Mussy. Enfin, en nous rapprochant des temps actuels, nous trouvons Cazalis, puis Bouchard, qui décrit l'arthritis comme une diathèse congestive.

Pour nous, nous admettrons volontiers que la goutte et le rhumatisme fassent partie du même état constitutionnel.

Chez l'arthritique, les téguments ont, en général, une coloration vive, prenant une teinte bleuâtre lorsqu'une éruption se produit. Les capillaires sont très apparents, dilatés, presque variqueux. La transpiration est exagérée, surtout à la tête, aux mains, aux pieds, aux aisselles. Ils ont le système musculaire fortement développé, une tendance prononcée à l'obésité, sont constipés et hémorrhoïdaires. Les urines sont peu abondantes et acides. Les rhumatismes et les douleurs musculaires communes. Quant aux affections cutanées, les plus fréquentes sont le pytiriasis, l'eczéma du cuir chevelu, les furoncles ; elles s'accompagnent plutôt de douleurs que de démangeaisons.

Nous empruntons à M. Martineau (2) le passage suivant : « Les manifestations de l'arthritis sont moins fixes que celles de l'herpétis ; elles alternent souvent avec des affections catarrhales des diverses muqueuses, qui constituent un des caractères dominants de l'arthritis. » Nous avons vu nous-même et à diverses reprises

(1) Bazin : *Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule*, 2e édit. Paris, 1879.

(2) Martineau : *Traité clinique des affections de l'utérus*, 2e édit. Paris, 1879.

des congestions utérines et pulmonaires alterner chez les arthritiques ; de même que l'on voit souvent des poussées d'eczéma succéder à des crises d'asthme, et réciproquement.

Chez les arthritiques, c'est le tissu conjonctif qui est plus particulièrement le siège d'atrophies et de proliférations, chose reconnue depuis longtemps par nos devanciers. Aussi, lorsque nous voyons une ulcération du col nous présenter des papilles exubérantes que l'histologie nous montre supportées par une trame conjonctive jeune en voie de prolifération, nous sommes en droit de dire que cette altération du tissu conjonctif, qui est le caractère de cette hypertrophie papillaire, est une lésion qui se développe sous l'influence de l'état arthritique, et l'enquête consécutive qui nous démontre l'existence de l'arthritisme chez notre sujet, vient nous apporter la preuve bien fondée de cette manière de voir.

Scrofule. — C'est à la fin du siècle dernier que Sauvage, dans sa *Nosologie*, décrivit la scrofule. Nous trouvons ensuite Pujol, Bordeu, Baumes, Lepelletier, Luhol, Baudelocque, qui l'étudièrent successivement; enfin, nous arrivons au traité devenu classique de Bazin.

La scrofule attaque tout à la fois les systèmes tégumentaire, lymphatique et osseux ; elle est héréditaire ; on prétend même qu'elle peut être la manifestation dernière de la syphilis. On pourrait à la rigueur distinguer deux époques dans la marche de la scrofule ; dans la première apparaissent les lésions superficielles de la peau et les engorgements ganglionnaires ; la seconde est caractérisée par des altérations plus profondes du côté du système tégumentaire et par des désordres divers sur les os et sur les viscères.

Une des manifestations les plus fréquentes de la scrofule sont les ophthalmies, parfois fort graves et qui peuvent devenir pustuleuses, suppuratives et ulcératives, car l'ulcération est le grand caractère des lésions scrofuleuses.

Au point de vue de l'habitus, on a décrit la beauté scrofuleuse ; et cependant la beauté ne se trouve que chez un petit nombre des femmes atteintes de cette diathèse. Ordinairement elles ont le teint pâle, les yeux bouffis et tuméfiés, les lèvres gonflées, la supérieure surtout; le nez épaté, les oreilles fendues; elles sont apathiques, paresseuses et ont horreur du travail.

Quelle est la véritable nature de la scrofule? Il nous semble bien difficile de le dire. C'est une affection générale, spécifique, profondément asthénique ; et cette asthénie frappe à la fois tous les éléments de l'organisme.

De nombreuses théories ont été émises sur ce sujet ; nous ne pouvons mieux faire que de citer les deux principales : la théorie des humoristes et celles des solidistes.

Nous ferons remarquer que la marche des lésions du col, chez les scrofuleuses, est toujours croissante ; qu'elle ne s'arrête pas, comme elle le fait parfois chez les herpétiques ou les arthritiques, et que la période terminale est toujours la destruction des tissus et la fongosité.

Lorsque nous nous trouvons en présence d'une ulcération du col large, molle, irrégulière, que le moindre attouchement fait saigner, et que cette large surface sécrète un liquide qui n'est plus catarrhal mais puriforme ; si, de plus, le visage de notre malade nous présente tous les signes de la scrofule, nous n'hésitons pas à reconnaître que cette ulcération vive, fongueuse, est une lésion qui a revêtu les caractères de celles qu'on retrouve plus particulièrement chez le sujet scrofuleux, que, par euphémisme, on appelle lymphatique.

Exulcération. — L'utérus en puissance de métrite chronique présente souvent la muqueuse du canal étalée au dehors ; son épithélium est tombé en totalité ou en partie, et nous nous trouvons en présence d'une exulcération, caractérisée par une solution de continuité de la muqueuse, par une destruction partielle de son épithélium et la mise à nu de ses villosités. C'est une lésion initiale, c'est le premier terme de l'ulcération. Certains auteurs lui ont donné le nom d'érosion ; elle peut occuper également la lèvre antérieure et la lèvre postérieure du col.

Ces exulcérations sont parfois si peu profondes et si peu marquées qu'on ne les découvre que difficilement ; aussi faut-il avoir soin d'absterger le col avec un tampon d'ouate, pour voir apparaître la coloration rouge vif et la surface veloutée de l'exulcération avec la saillie de ses papilles, qui la font distinguer facilement des parties environnantes, ordinairement roses et lisses.

Certes, ces exulcérations ne mériteraient pas une mention spéciale, si elles disparaissaient toujours et sans traitement ; mais il

est loin d'en être ainsi. Abandonnées à elles-mêmes, elles restent stationnaires un certain temps et disparaissent si le sujet est sain et vigoureux ; mais c'est rare. Le sujet est le plus souvent diathésique ; les lésions vont s'accentuant de plus en plus, et l'on se trouve alors en présence d'une ulcération véritable, qui peut, de même que l'exulcération, occuper soit la lèvre antérieure, soit la lèvre postérieure, soit les deux lèvres à la fois ; cette ulcération peut être aplatie, avoir une circonférence irrégulière, des bords plus ou moins saillants, plus ou moins proéminents. Ordinairement elles semblent occuper une vaste surface en profondeur ; mais il n'en est rien. Aran, se basant sur un certain nombre d'autopsies, a parfaitement démontré que la destruction des tissus est en général légère et se borne presque toujours à la muqueuse, à ses éléments, à son derme. Suivant l'importance des lésions et la prédominance de certains éléments, ces ulcérations peuvent présenter des aspects différents ; elles peuvent être folliculaires ou papillaires.

Nous avons admis dans notre classification trois sortes d'ulcérations : l'exulcération, l'ulcération folliculaire, l'ulcération papillaire. Nous admettrons également que ces trois sortes d'ulcérations sont absolument distinctes.

M. le Dr Chéron a pu suivre un grand nombre de malades dès leur entrée à Saint-Lazare et a confirmé cette manière de voir. Bien d'autres gynécologues et des plus compétents sont d'un avis complètement opposé. Ainsi, nous trouvons dans les *Leçons cliniques sur les maladies des femmes* de M. Gallard le passage suivant : « Au lieu, dit il, de considérer, à l'exemple des auteurs allemands, l'ulcération papillaire comme complètement différente de l'ulcération folliculaire, je me demande s'il ne serait pas plus logique de penser que ce sont deux phases successives d'un même travail morbide. »

Dans l'exulcération, nous n'avons que la chute épithéliale ; la muqueuse du col est dénudée, mais n'est pas altérée ; l'élément folliculaire et l'élément papillaire peuvent alors être atteints subséquemment. Mayer et Scanzoni considéraient l'inflammation des papilles comme l'origine de l'ulcération ; Aran, au contraire, l'attribuait à l'inflammation des follicules glandulaires. Pour nous, nous admettrons que les follicules et les papilles sont atteints séparément.

ULCÉRATION FOLLICULAIRE. — Le col atteint d'une ulcération folliculaire se présente à nous avec une coloration rouge vif et un semis de petits points d'une blancheur laiteuse. Ces points, de la grosseur d'une tête d'épingle environ, sont formés par la saillie des glandes groupées en cercle, ou disséminées irrégulièrement ; elles sont remplies d'un mucus sécrété et retenu dans leur cavité. Il suffit du reste de piquer, avec la pointe d'une aiguille, un de ces petits points blanchâtres pour voir le liquide s'écouler. Tout autour de ces vésicules se trouvent de petits cratères formés par d'anciens follicules qui se sont ouverts d'eux-mêmes, et dont l'épithélium a disparu. C'est donc l'élément glandulaire seul qui est atteint ; l'élément papillaire restant absolument indemne. Dans l'arthritisme, c'est le tissu conjonctif qui est tout particulièrement atteint, et les lésions générales sont plus graves que dans l'état précédent. Le col est augmenté de volume. L'ulcération peut également occuper les deux lèvres du col ou une seule; la surface ulcérée est d'un rouge sombre ; les follicules, comprimés, ont laissé échapper le mucus qu'ils contenaient : le col a donc assez l'aspect d'une écumoire, et sur cette surface rougeâtre et ulcérée apparaît un pointillé d'un rouge vif formé par la saillie des papilles et ayant assez l'aspect de piqûres de puces. Ces ulcérations saignent au moindre contact ; et cet écoulement sanguin peut encore nous servir à établir un rapport entre la diathèse arthritique et l'ulcération papillaire. Car de tout temps, l'attention des auteurs a été appelée sur la fréquence des hémorrhagies chez les arthritiques, les épistaxis et les hémoptysies étant beaucoup plus fréquentes chez eux que chez les autres sujets en puissance de diathèse. De plus, nous voyons chaque jour les muqueuses du pharynx et de la conjonctive s'enflammer et se couvrir de granulations. Pourquoi la muqueuse du col ne serait-elle pas soumise à la même règle ?

ULCÉRATION FONGUEUSE. — Nous arrivons au dernier genre d'ulcération que nous ayons à étudier ; c'est l'ulcération fongueuse, celle qui présente le plus de gravité. Ce genre d'ulcération se rencontre le plus habituellement chez les strumeuses. Chez elles, non seulement nous trouvons les lésions de la muqueuse, mais nous assistons même à la destruction de son derme et des parties sous-jacentes. Ces lésions siègent ordinairement

au pourtour du méat cervical, s'étendent sur les lèvres postérieure et antérieure, qu'elles envahissent plus ou moins. Elles occupent même la cavité du col, bien que bon nombre d'auteurs soient d'un avis différent ; et pourquoi d'ailleurs n'y existeraient-elles pas, puisque nous prenons comme point de départ des ulcérations la procidence de la muqueuse cervicale et son renversement au dehors ? Nous pouvons même citer, à l'appui de ce que nous avançons, ce passage d'Aran : « Si, dit-il, on a vu dans quelques cas des ulcérations détruire une partie de la muqueuse de la cavité cervicale, quelques-unes de ses rides penniformes, par exemple, c'est que cette muqueuse était fortement renversée en dehors. »

La scrofule a pour caractère distinctif de détruire les tissus en partie ou en totalité ; aussi la muqueuse, tuméfiée et ramollie au début, ne tarde-t-elle pas à s'altérer; le col, volumineux, saigne au moindre contact ; ces ulcérations sont fongueuses, végétantes ; elles ont une coloration terne, jaune, blafarde ou violacée et reposent sur un fond de même nature ; elles sécrètent un pus très abondant, souvent mal lié, séreux ou séro-caséeux. Aussi a-t-on pris souvent ce pus pour de la matière tuberculeuse. Mais les ulcérations de nature tuberculeuse sont tellement rares, que le diagnostic en doit être très réservé ; de plus, il est bien rare que l'on se trouve d'emblée en présence d'une ulcération de nature tuberculeuse chez une malade ne présentant aucune altération du côté de l'appareil respiratoire.

Nous pouvons enfin ajouter que les ulcérations tuberculeuses sont très rares, tandis que les scrofuleuses sont fréquentes ; il sera du reste facile de reconnaître la nature scrofuleuse des sujets atteints, et l'influence du traitement viendra confirmer le diagnostic.

Diagnostic. — Lorsqu'il s'agit de traiter une affection utérine, il importe, autant là qu'ailleurs, de déterminer par une analyse rigoureuse les conditions du diagnostic. Nous avons admis que, pour arriver à la période ulcérative, l'utérus devait successivement passer par les trois états suivants : congestion, œdème, hernie de la muqueuse du col. Nous pouvons, par conséquent, nous trouver en face de ces différents états de l'organe. Quels sont donc les symptômes qui nous permettent de les différencier ?

Les symptômes de la congestion utérine peuvent être objectifs ou subjectifs. Il ne faut pas oublier avant tout que la congestion utérine est le premier symptôme, le *punctum initium* de toute maladie utérine, et qu'il sera souvent bien difficile de dire si l'on se trouve en présence d'une congestion symptomatique ou d'une congestion simple. Aussi faudra-t-il toujours rechercher avec soin si cette congestion est d'origine passive ou d'origine active ; rappelons en quelques mots l'étiologie de ces deux affections.

Les causes de congestion passive sont, comme nous l'avons déjà dit précédemment : la grossesse, la présence d'une tumeur de l'utérus, du foie ou de l'estomac ; les lésions cardiaques et les troubles de la circulation pulmonaire, produits par l'asthme, la bronchite ou la tuberculose.

Les causes de congestion active sont, en première ligne : le froid, qui a une si grande action sur les téguments lorsque le corps est en sueur, et surtout au moment des époques ; l'excitation répétée produite par l'abus des rapports sexuels ; la cystite du col et l'entérite, etc.

Les signes subjectifs sont plus nombreux : la congestion s'annonce ordinairement par une douleur obtuse dans la région lombaire, une pesanteur au sacrum, à l'anus, au périnée ; une chaleur intense, des tiraillements dans les aines et les lombes, des envies fréquentes d'uriner, une constipation opiniâtre, etc.

M. Chéron a fait jouer un grand rôle à ces douleurs lombo-sacrées, qu'il considère comme la caractéristique de la souffrance de la moelle, sous l'influence de la maladie utérine. Il a démontré également, dans ses cliniques, que la congestion utérine était produite le plus souvent par une paralysie des centres d'innervation vaso-motrice de la moelle lombaire, et que le summum de la douleur se trouvait au niveau des apophyses épineuses des deuxième et troisième vertèbres lombaires et au point d'émergence des petits sciatiques, et qu'on pouvait arriver à décongestionner l'utérus en éteignant la névralgie lombo-abdominale, c'est-à-dire en faisant une révulsion active sur la région lombaire.

Les malades ressentent en outre de vives douleurs chaque fois qu'il y a contraction de la paroi abdominale, lorsqu'elles veulent éternuer ou tousser, par exemple. Les règles ne sont plus abon-

dantes ni régulières, mais sont accompagnées de coliques utérines très violentes.

Comme symptômes généraux, nous trouvons la dyspepsie, les troubles digestifs, de la faiblesse, de l'anémie, des palpitations et de la toux. Enfin, les malades tombent dans un état d'agacement nerveux, de découragement, d'inertie, d'indifférence, dont on ne peut les faire sortir. Elles maigrissent et leur face prend une coloration terne et un aspect maladif caractéristiques.

Comme signes objectifs, la palpation abdominale nous permet parfois de reconnaître une augmentation de volume du corps de l'utérus ; mais cette palpation est rendue très douloureuse par suite de la névralgie lombo-abdominale. Parfois, il y a prolapsus de l'utérus, qui vient reposer sur le plancher périnéal; l'antéversion est pour ainsi dire la règle.

En joignant le toucher à la palpation, on peut nettement reconnaître l'augmentation de volume de l'utérus. Le col est parfois tellement volumineux qu'il ne peut entrer dans aucun spéculum ; il présente une coloration rouge vineux ou violacée ; il est mou, rebondi ; on sent parfois sur les côtés des paquets de vaisseaux gorgés de sang. Il s'écoule généralement du col une certaine quantité de mucus. La cavité utérine augmente de volume, ce qu'il est permis de reconnaître facilement à l'aide du cathétérisme.

Lorsqu'à la congestion succède l'œdème, les mêmes symptômes persistent, mais l'aspect du col n'est plus le même ; il est toujours volumineux, mais, bien que paraissant tendu, il est mou au toucher et se laisse facilement déprimer ; enfin il est pâle et prend la teinte caractéristique de l'œdème.

L'ectropion survient alors. La muqueuse du canal, propulsée en dehors, vient s'étaler sur les lèvres du col ; celles-ci se renversent, ce qui donne au col l'aspect d'un champignon ou d'une clochette.

Puis l'ulcération commence. Nous avons toujours les mêmes signes subjectifs, mêmes symptômes douloureux, même sensation de pesanteur pour les malades. Si l'on pratique le toucher, les symptômes changent ; au lieu de trouver le col dur de la congestion ou le col mou de l'œdème, nous avons une sensation d'empâtement. Le doigt semble entrer dans le parenchyme utérin, surtout dans les grandes ulcérations fongueuses qui occupent les

deux lèvres ; de plus, le col est plus ou moins entr'ouvert, suivant le genre d'ulcération qui l'occupe, et laisse parfois pénétrer l'extrémité digitale.

L'examen au spéculum nous permet de reconnaître facilement le genre d'ulcération auquel nous avons affaire ; la description que nous en avons faite précédemment nous dispense de nous répéter.

Nous pouvons donc nous résumer ainsi : lorsque le col est mou, congestionné, dépourvu de son épithélium en totalité ou en partie, c'est l'exulcération, ou l'ulcération superficielle.

Si, sur cette surface exfoliée, nous remarquons de petits points blanchâtres, c'est l'ulcération folliculaire. Si, outre quelques points blanchâtres, on voit un pointillé rouge vif, c'est l'ulcération papillaire.

Enfin, si nous trouvons des fongosités ou de grosses granulations plus ou moins marquées, c'est l'ulcération fongueuse.

Pronostic. — Le pronostic est bien variable, lorsqu'il s'agit des ulcérations du col ; car, s'il est peu grave, lorsqu'il s'agit d'une ulcération superficielle, il n'en est plus de même lorsqu'on se trouve en présence d'une de ces vastes ulcérations fongueuses, à marche toujours envahissante.

M. le professeur Gosselin, dans les *Archives générales de médecine* (année 1843), nie la gravité des ulcérations granuleuses, en s'appuyant sur les arguments suivants :

I. Les ulcérations ne se montrent que chez les femmes ayant eu des enfants.

II. L'accouchement et l'avortement donnent lieu à des accidents dont le point de départ est nécessairement la surface interne de la matrice.

III. Les phénomènes morbides peuvent être rapportés au catarrhe utérin.

Aujourd'hui, le pronostic doit être plus réservé ; car si le traitement n'est pas institué dès le début, nous voyons les manifestations morbides s'accentuer, altérer profondément la santé de la femme et modifier de plus en plus l'état de son col.

En général, les ulcérations bien traitées guérissent dans les laps de temps suivants :

L'ulcération simple, de un à deux mois ;

L'ulcération folliculaire, de deux à huit mois ;

L'ulcération fongueuse, de quatre à dix mois, à moins qu'on intervienne d'une façon très énergique (ignipuncture).

Mais hâtons-nous d'ajouter que les ulcérations du col, comme toutes les affections diathésiques, sont sujettes aux récidives, et qu'il n'est malheureusement que trop fréquent de voir des malades parfaitement guéries, revenir bientôt se faire soigner de nouveau.

En terminant cet exposé sommaire des ulcérations du col, nous ferons remarquer que, si nous nous sommes plus d'une fois trouvé en contradiction avec des autorités considérables, nous nous sentions appuyé sur des hommes de non moins de valeur.

(*A suivre.*)

CLINIQUE DE L'HOSPICE S^T-LAZARE

(J. Chéron).

II. — Ectropion de la muqueuse du canal cervical.—Qui dit ulcération du col de l'utérus, dit ectropion de la muqueuse du canal cervical. — Il existe deux formes d'ectropion du canal cervical : 1° Ectropion dû au renversement des lèvres du col qui entraine au dehors la muqueuse du canal (Ectropion par renversement), 2° Ectropion dû au boursouflement, à l'œdème sous-muqueux de la muqueuse du canal cervical (Prolapsus de la muqueuse du canal cervical).

Ectropion (prolapsus) chez une nullipare, ayant donné naissance à des accidents graves. — Observation.

Procédé de débridement bilatéral du canal cervical par la discission ignée.

Diagnostic — pronostic — traitement.

Vous venez de voir une malade, atteinte d'ulcération du col. Elle a eu plusieurs enfants, le dernier il y a quatre ans. Depuis lors, elle a éprouvé des malaises nombreux ; elle a eu des pertes blanches ; ses règles se sont troublées, et c'est dans cet état qu'elle a été soumise à notre observation. Ceux d'entre vous qui ont pratiqué le toucher ont constaté le renversement des deux lèvres du col en dehors, et sur celles-ci la proéminence de toute la portion ulcérée, dont la consistance est moins grande que celle des parties

avoisinantes. Mais au spéculum, tout en constatant bien nettement l'existence de l'ectropion, il n'est possible de voir le renversement des lèvres du col (col en champignon) qu'en inclinant fortement l'instrument en avant, puis en arrière, et en lui donnant le plus d'ouverture possible. Quant à la proéminence de la partie ulcérée, ce n'est qu'en examinant avec une grande attention qu'on parvient à la reconnaître.

Il est facile de se rendre compte du processus morbide en vertu duquel les lèvres se renversent, étalant au dehors une partie de la muqueuse du canal cervical et en vertu duquel aussi la portion ulcérée proémine, largement parfois, sur les parties environnantes.

Dans un mémoire publié en 1879 (1), je démontrai qu'on trouve toujours des glandes et des papilles sur la muqueuse qui recouvre les lèvres du col de l'utérus, lorsque celles-ci sont renversées en dehors et qu'elles sont ou ont été le siège d'une ulcération ; tandis qu'au contraire, lorsque les lèvres du col n'ont jamais été renversées, elles ne sont pas et n'ont jamais été le siège d'une ulcération et, alors on ne trouve dans la muqueuse qui les recouvre ni glandes, ni papilles.

L'étude d'un grand nombre d'ulcérations du col, ulcérations vierges n'ayant jamais été modifiées par aucun traitement, nous



a démontré que dans tous les cas, sans exception, la partie ulcérée présente, au début, l'arbre de vie et ses ramifications réguliè-

(1) Revue méd.-chir. des maladies des femmes, 1879. Mai-Juin.

rement étalées sur les deux lèvres. Or, si l'on trouve toujours l'arbre de vie comme *substratum* de l'ulcération, c'est qu'un phénomène morbide a amené au dehors une portion de la muqueuse du canal cervical.

Ce phénomène morbide, reconnu et étudié sous le nom d'ectropion n'a pas été compris, ce me semble, d'une façon assez large, cette dénomination étant appliquée seulement dans le cas où il s'agit de prolapsus brusque de cette muqueuse, boursouflée, formant autour de l'orifice cervical ou d'un seul côté (en avant ou en arrière) une masse globuleuse proéminante sur les lèvres du col. C'est une erreur de considérer l'ectropion cervical comme n'existant que dans ce cas unique où il forme tumeur bien déterminée au pourtour du méat. C'est une lésion qui peut exister sans ulcération, mais l'ulcération qui siège toujours sans exception sur la muqueuse cervicale étalée au dehors est liée à son existence d'une façon absolue.

Il importe, toutefois, de conserver à l'ectropion son unité, en lui reconnaissant deux formes.

Voici le col d'une femme qui a eu un ou plusieurs enfants. Les lèvres sont le siège d'une ulcération, et nous voyons encore les traces de l'arbre de vie au pourtour de la partie ulcérée.

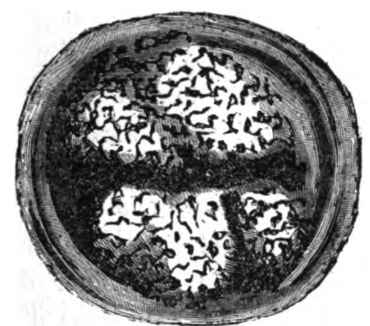
L'orifice cervical est largement ouvert, les lèvres sont renversées en dehors, car, par le fait de l'accouchement, il y a eu disten-



sion, voire même rupture des fibres circulaires du parenchyme du col. La muqueuse du canal cervical n'est point boursouflée ni

décollée ; l'ulcération siège bien sur cette muqueuse, mais sur cette muqueuse amenée au dehors par le renversement des lèvres du col : voilà une première forme d'ectropion : *Ectropion par renversement.*

Chez une autre malade de la salle Ste-Eléonore, couchée au n° 10, la muqueuse du canal rejetée au dehors se présente comme une masse hémisphérique soulevée par une sorte de boursouflement (œdème sous-muqueux), siège d'une ulcération papillaire. C'est à cette deuxième forme d'ectropion ulcéré ou non qu'il conviendrait de donner la dénomination de *prolapsus de la muqueuse du canal cervical.*



Tel est aussi le cas de cette Espagnole que vous m'avez vu opérer à notre clinique, il y a quelques jours, d'un ectropion de la face antérieure du canal cervical, ectropion globuleux en voie d'évolution, donnant lieu, chez cette malade, à une suite de rechutes que vous allez comprendre.

La paroi antérieure du canal, décollée par un œdème persistant, s'est avancée à l'extérieur sous la forme d'un ectropion ulcéré. Des cautérisations au nitrate d'argent ont été faites par le médecin de la malade ; l'ulcération siégeant sur la partie extérieure de la muqueuse a disparu, laissant au-dessous cette membrane, avec glandes et papilles hypertrophiées. Un an plus tard, les mêmes symptômes généraux morbides que précédemment sont réapparus et la malade est venue de nouveau demander des soins à son médecin, qui a cautérisé la nouvelle ulcération avec le crayon de nitrate d'argent, et la muqueuse ulcérée s'est réparée comme la première fois.

Mais comment s'est faite la production de cette deuxième ulcération? Par la continuation de la descente de la face antérieure du canal cervical, arrêtée, une première fois, dans son évolution par la cautérisation au nitrate d'argent.

Une troisième fois, dix-huit mois après la deuxième ulcération, les symptômes généraux morbides appellent l'attention de la malade, qui alors vient demander notre assistance.

Il n'y a pas d'ulcération. Toute la partie de muqueuse cervicale descendue et étalée au méat se présente sous la forme d'une demi-sphère, dont la coloration, d'un rouge vif, tranche sur les parties avoisinantes. Une seule indication thérapeutique, nette et précise, s'imposait. C'était la destruction de cet ectropion, c'est ce que nous avons fait devant vous à l'aide du thermo-cautère, en faisant un évidement en entonnoir et en portant le cautère, jusqu'à l'isthme, le long de la paroi antérieure du canal, pour modifier la muqueuse et arrêter son évolution.

En résumé, si les ulcérations du col siègent toujours sur la muqueuse du canal cervical étalée au dehors, comme je crois l'avoir démontré (1), il importe de distinguer deux formes dans ce déplacement de la muqueuse. Dans l'une d'elles, comme nous l'avons vu tout à l'heure, le canal cervical, avec son anneau musculaire, distendu et brisé par l'acouchement permet à sa membrane de revêtement de s'étaler sur les lèvres du col renversées autour d'un méat nouveau, formé dans la profondeur à une certaine distance du premier.

Dans la seconde forme, à laquelle on pourrait réserver le nom de *prolapsus*, la muqueuse du canal cervical, séparée des tissus sous-jacents, glisse le long du parenchyme et vient faire masse globuleuse sur les lèvres du col sous la forme d'une demi-sphère tranchant le plus ordinairement par sa coloration sur les parties voisines, et susceptible de s'accroître par le glissement progressif de toute la muqueuse ou seulement de l'une de ses faces.

Chez la nullipare, cette altération de la membrane de revêtement du canal cervical qui la propulse hors du canal, existe

(1) Revue méd.-chirurg. des maladies des femmes, 1879. Mai-Juin.

tout comme chez la multipare, mais l'évolution de la muqueuse trouve un obstacle considérable et permanent, dans la résistance des fibres circulaires du col, obstacle qui peut déterminer, par la réaction produite sur la muqueuse qui fait un effort pour le rompre, des phénomènes morbides douloureux et réflexes, qui peuvent amener dans la santé des malades des perturbations d'une gravité extrême dont la cause est le plus généralement méconnue. Je n'en veux pour preuve que le cas de la malade opérée, il y a six à sept semaines, dont je vous rappelle l'observation :

Ectropion volumineux de la muqueuse cervicale, échappé brusquement d'un col conique à canal très étroit. — Accidents dysménorrhéiques graves. — Ablation de l'ectropion et débridement du canal cervical par la galvano-caustie.

La nommée Blanche M., âgée de 24 ans, entre dans le service, le 16 octobre 1886, avec le diagnostic *métrite purulente*. Elle est pâle, les yeux tirés; elle a l'aspect d'une personne qui a souffert. Elle se plaint de nausées fréquentes et de vomissements et demande à garder le lit. Elle n'a jamais eu ni enfants, ni fausse-couche. Pendant six ans, elle a été bien réglée. A la suite d'un refroidissement qu'elle prit pendant ses règles, celles-ci furent supprimées et remplacées par une congestion de la gorge avec fièvre. Depuis lors, elle commença à souffrir de violentes coliques utérines au moment des époques qui avancèrent pendant quelque temps et aujourd'hui retardent au contraire de quelques jours.

Dans les premiers mois, ces coliques étaient supportables, mais maintenant elle sont atroces ; le sang s'écoule par flots intermittents ; à ce moment, la violence de la douleur est telle que la malade en arrive à s'évanouir après avoir poussé des cris arrachés par l'acuité de la souffrance.

Lorsque les règles sont terminées, elle se trouve soulagée pour quelque temps, mais il lui reste un sentiment de lassitude très

grand et un écoulement séro-purulent qui dure huit à dix jours.

Sa santé est perdue ; les nausées presque continuelles qu'elle éprouve l'empêchent de se nourrir. Il est survenu une constipation opiniâtre et un état nerveux très pénible qui l'empêche de dormir et de se livrer au travail.

L'examen de l'utérus nous donne, au toucher, un col conique mesurant au moins cinq centimètres de longueur, très sensible au toucher ; l'utérus, qui semble de dimensions normales, ne présente rien de particulier ; il est mobile.

Au spéculum, le col est d'un rouge violacé ; l'orifice cervical est très étroit et permet à peine l'introduction de la sonde qui, butant sur un premier bourrelet à une profondeur d'un centimètre, se trouve arrêtée de nouveau par un bourrelet infranchissable à une profondeur de deux centimètres.

Il est permis d'affirmer, d'après cet examen et les symptômes accusés par la malade, que la lésion est bien localisée dans le col, et qu'il y a là une muqueuse cervicale tuméfiée par la pression exagérée que lui fait subir une congestion avec œdème, que la coloration, l'aspect, la sensibilité et la température intra-utérine (38°6) permettent d'apprécier.

Nous laissons la malade au repos, et nous faisons deux fois par semaine des pansements glycéro-boriques et des scarifications jusqu'au retour des règles. Le premier jour, elles s'annoncent par une crise de névralgie lombo-abdominale et de névralgie utérine avec battements dans les tempes, turgescence de la face et vomissements.

Après une crise très intense de deux heures, un caillot gros comme un œuf de pigeon est expulsé avec une douleur tellement vive qu'elle produit un évanouissement. A partir de ce moment, tout malaise cesse et l'écoulement menstruel continue sans douleurs.

Deux jours après les règles passées, la malade vient au cabinet de visite disant qu'elle se sent mieux et qu'il y a bien des mois qu'elle n'a souffert aussi peu longtemps à l'époque menstruelle.

L'examen au speculum nous montre une masse rouge, de la grosseur et de la forme d'un gros bouchon de liège, d'une lon-

gueur de plus de deux centimètres et d'une largeur à peu près égale, percée d'un orifice à son extrémité, représentant le méat cervical. Sur la surface de cette masse, se voient des sillons et des colonnes rouges, convergeant vers une ligne médiane, représentant l'arbre de vie de la muqueuse du canal cervical, hyperhémiée et par places privée d'épithélium.

Ainsi, c'était bien au boursouflement de la muqueuse du canal cervical, enserrée dans cet organe qu'étaient dus les accidents dysménorrhéiques que la malade avait éprouvés pendant plusieurs années, cette preuve étant donnée par l'évolution de la muqueuse propulsée brusquement au dehors pendant les dernières époques menstruelles, propulsion favorisée par le repos, les pansements et les scarifications.

Les règles une fois passées, la malade se lève, va et vient, se promène, descend dans la cour de l'hôpital, n'éprouvant plus de crises de coliques, mais seulement des douleurs dans la région lombo-sacrée. C'est plutôt un sentiment de contusion qui s'irradie vers les aines et qui résulte du contact de la hernie de la muqueuse avec le plancher du vagin.

Les règles surviennent et les crises d'autrefois ne reparaissent pas ; la malade éprouve simplement quelques coliques.

Il ne restait plus alors que deux indications à remplir :

1° L'ablation de cet ectropion, de ce prolapsus de la muqueuse cervicale ;

2° Le débridement bi-latéral de ce canal long et étroit.

Huit jours après les règles, nous pratiquâmes l'opération suivante :

L'ectropion (prolapsus) saisi avec des pinces à griffes, est détaché, à son union avec le col, à l'aide du petit bistouri à avivement et à lame mobile de Sims. Etant donné la forme de cet ectropion, cette ablation, facile, fut terminée avec une grande netteté.

Un tampon sec d'ouate hydrophile est appliqué aussitôt pour arrêter le sang. Lorsque ce dernier résultat eut été obtenu après quelques minutes de tamponnement, je pratiquai le débridement

du canal cervical à l'aide de la serpette du thermo-cautère (fig. C) et de la sonde à cannelure latérale (fig. D), d'après un procédé que j'ai déjà fait connaitre (1).

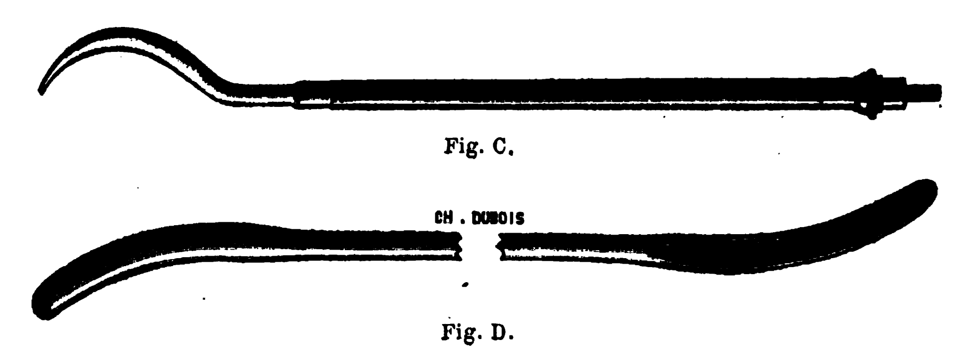


Fig. C.

Fig. D.

A l'aide de la seringue de Brown, on fait un lavage de la cavité cervicale avec une solution aqueuse d'acide picrique à saturation et on place sur le col un pansement glycériné.

La malade fut remise dans son lit, et deux jours après, lorsque le ramollissement et la suppuration de l'eschare commencèrent à s'effectuer, j'introduisis, en faisant le pansement quotidien, un bourdonnet de charpie, imbibé de solution picrique,

(1) Le spéculum de Velasco, ou à défaut de celui-ci, un spéculum plein étant mis en place, on introduit dans le canal cervical la sonde cannelée à cannelure latérale ; puis, l'extrémité de la serpette chauffée au rouge est portée sur la périphérie du col, sur le diamètre transversal, à un centimètre et demi de son extrémité libre.

La serpette est enfoncée en arrière et en dehors, jusqu'à la rencontre de la cannelure de la sonde. A ce moment, elle est ramenée d'arrière en avant vers la partie libre du col, sans que l'extrémité de la serpette abandonne la cannelure, jusqu'au moment où, en divisant le tissu du col, elle vient par le mouvement d'arrière en avant se dégager au méat.

Par ce procédé, une moitié du col se trouve sectionnée horizontalement, l'extrémité de la serpette formant une sorte de section conique ayant, dans la profondeur du canal, deux centimètres et demi, et un centimètre et demi dans sa périphérie.

Dans un deuxième temps de l'opération, la sonde à cannelure latérale est renversée, de façon que la cannelure qui était à gauche se trouve, cette fois-ci, à droite. Pour cela il suffit de se servir de l'autre extrémité ; alors une section semblable à la précédente termine l'évidement du col en entonnoir, en débridant complètement le canal dans la profondeur.

entre les lèvres de la section, afin de maintenir leur écartement ; cette précaution fut prise, tous les deux jours, jusqu'à la cicatrisation, qui s'effectua complète dans l'espace de cinq semaines.



Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Elle démontre ce fait important sur lequel nous avons souvent appelé l'attention, à savoir que le travail de propulsion, de chute de la muqueuse du canal cervical, travail que prépare une congestion chronique avec œdème consécutif, peut se faire avec la plus grande lenteur et déterminer des troubles d'une gravité exceptionnelle, dont il n'est possible de se rendre compte par élimination, que lorsque l'on connait le processus de l'ectropion cervical.

Dans cette observation, les troubles ont été bien autrement graves qu'ils ne le sont, dans le cas où les lèvres du col se sont renversées, rompues par le travail de l'accouchement.

Dans notre cas, les fibres circulaires du col, avoisinant le méat, ont résisté, la malade n'ayant eu ni enfants, ni fausses-couches ; aussi le travail de prolapsus de la muqueuse cervicale a-t-il été très long. Il a duré plusieurs années, entraînant les troubles fonctionnels les plus graves et la perte complète de la santé.

Un simple débridement eût coupé court à une semblable situation et amené la disparition complète et rapide de tous les accidents.

Il n'y a pas lieu de nier le décollement de la muqueuse, du canal cervical que je vous ai souvent signalé, puisque dans ce cas-ci la propulsion hors du canal s'est faite brusquement sans renversement des lèvres et que la muqueuse s'est présentée sous la forme d'une grosse hernie, portant sur sa surface, l'arbre de vie dans toute sa netteté.

C'est à cette forme d'ectropion que nous venons d'observer ensemble, qu'il faut donner le nom de prolapsus de la muqueuse du canal cervical, afin de ne pas introduire dans la question une véritable obscurité et rompre l'unité que nous devons nous attacher à conserver.

Ainsi, la muqueuse du canal cervical, sous l'influence de l'œdème à un moment donné, prend un volume trop considérable pour la cavité qui l'enserre. Elle s'échappe au dehors, quelquefois en renversant les lèvres du col; dans ce cas, les deux formes se combinent. Si le travail morbide qui l'a atteinte continue à se faire, elle se détache de plus en plus des parties sous-jacentes, et en se boursouflant et en continuant sa descente à l'extérieur, elle forme une masse plus ou moins globuleuse, à laquelle on conserve le nom d'ectropion, quoiqu'il soit plus rationnel de la dénommer *prolapsus* de la muqueuse du canal cervical.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 novembre 1885. — Présidence de M. HORTELOUP.

OVARIO-HYSTÉRECTOMIE.

M. TERRIER lit un rapport relatif à un travail de M. Quenu, sur les tumeurs ovariennes avec ascite, basé sur l'observation d'une femme syphilitique atteinte d'un fibrôme utérin, auquel adhérait un kyste et qui était compliqué d'ascite.

L'opération fut laborieuse, à cause de nombreuses adhérences; mais les suites furent favorables.

L'examen histologique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un épithélioma myxoïde à forme végétante, dont les végétations étaient extérieures au kyste.

L'origine de l'ascite compliquant les tumeurs ovariennes est assez obscure. M. Terrier croit en trouver l'explication dans l'absence du revêtement péritonéal de la tumeur et surtout dans la dégénérescence athéromateuse ou graisseuse, qui, en faisant corps étranger, entretient une inflammation chronique. Les kystes s'accompagnent surtout d'ascite, quand il y a des végétations extérieures.

M. TERRILLON ne partage pas cette manière de voir et il cite trois cas à l'appui.

Pour M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE, quand il y a une grosse ascite,

on trouve toujours des tumeurs végétantes. Dans ces conditions, les malades ne guérissent pas. Elles meurent avec des phénomènes de cachexie, ce qui accuse une nature maligne de la tumeur. M. L. Championnière conseille l'abstention.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.

M. Gillette communique une observation d'hystérectomie vaginale.

Il s'agit d'une femme de 49 ans, atteinte de carcinôme utérin, entrée dans son service à Tenon ; réglée à 17 ans, mère de trois enfants, cette femme avait toujours eu une menstruation irrégulière et parfois des hémorrhagies abondantes.

En janvier 1885, se montrèrent les premiers symptômes de carcinôme utérin.

Le 10 juin, une hémorrhagie survint avec une telle abondandance, que la malade tomba en syncope.

A l'examen, on découvrit la lèvre postérieure du col envahie par le néoplasme ; les culs-de-sac étaient sains, l'utérus mobile ; le malade éprouvait dans les reins des douleurs très vives qui s'irradiaient vers les cuisses.

L'état général ne semblait pas mauvais ; cependant une légère pâleur de la face, la teinte bleuâtre des lèvres firent penser qu'un commencement de cachexie n'était pas éloigné ; en outre, un examen ultérieur démontra que le vagin commençait à se prendre. L'opération fut décidée et pendant quinze jours des injections antiseptiques pratiquées dans le vagin.

Il y eut pendant l'opération une hémorrhagie assez considérable par lésion des artères vaginales, et dont le tamponnement eut raison.

Un collapsus énorme suivit l'opération ; des injections d'éther relevèrent l'état général.

La température, descendue à 36°, remonta à 5 h. du soir à 36°8, à 8 h., à 37°5.

Je dois ajouter que la malade fut aussi indocile que possible.

Le 26, pendant la nuit, elle se leva pour uriner sans retirer son fosset.

Le 28, elle se leva encore et fit le tour de la petite chambre où elle était placée.

Malgré toutes ces imprudences, la malade a parfaitement gué-

ri. L'utérus enlevé mesurait 8 centim. de hauteur. Le néoplasme était localisé au col, il n'y avait aucune trace de généralisation abdominale.

Séance du 18 *novembre* 1885. — Présidence de M. Horteloup.

OVARIOTOMIE ET MENSTRUATION.

M. Terrier fait une communication sur l'*influence des ovariotomies doubles sur la menstruation.* Ses études ont porté sur 22 opérées, qui ont subi l'ablation des deux ovaires, tantôt simultanément, tantôt successivement. Toutes ces opérations ont été faites pendant la période sexuelle active. Dans la plupart des cas, la fonction menstruelle a été supprimée, tantôt immédiatement après l'ablation, tantôt quelque mois après. Cependant, les règles peuvent reparaître un certain nombre de fois dans les années qui suivent. Dans trois cas même, M. Terrier a constaté la persistance régulière de l'écoulement menstruel. Il pense que, dans ces cas, il restait encore une petite portion d'ovaire restée en place ; il arrive en effet assez souvent que, par suite de la difficulté de la pédiculisation, on porte la ligature en plein tissu ovarien. Il n'y aurait donc rien d'étonnant à ce que, dans ce cas, l'écoulement sanguin reparût après une double ovariotomie, et ces faits n'infirment en rien la théorie aujourd'hui en vigueur sur les rapports de l'ovulation et de la menstruation.

M. Lucas Championnière admet, comme M. Terrier, que des menstrues persistantes, après une double ovariotomie, appartiennent à des femmes qui ont conservé une partie de leur ovaire. Mais il peut aussi arriver que, même après l'ablation totale, complète des ovaires, la fonction menstruelle réapparaisse, mais elle s'éteint vite. Il y a comme une sorte d'habitude à la menstruation, qui ne disparait que peu à peu avec la disparition de l'ovaire.

M. Tillaux a fait deux fois l'ablation double des ovaires. Dans un cas, les règles ont persisté ; dans l'autre, il y a eu suppression complète de la fonction, mais il lui semble bien difficile d'expliquer ces différences,

---

Séance du 25 novembre 1885. — Présidence de M. Duplay.

OVARIOTOMIES DOUBLES.

M. Duplay rappelle que, dans la dernière séance, relativement à la persistance des règles après l'ovariotomie double, on a omis de signaler une circonstance qui, pour n'être pas constante, n'en a pas moins dans l'espèce une importance considérable : il s'agit de l'existence d'ovaires supplémentaires situés plus ou moins loin des ovaires normaux.

M. Terrier se range à l'avis de M. Duplay et rapporte, à ce propos, le fait suivant, communiqué par M. Ménard, du Jardin d'acclimatation :

M. Ménard avait parmi ses animaux une vache qui avait des aptitudes exagérées pour la fécondation. Comme dans ces conditions, les vaches ne sont pas de bonnes vaches laitières, on jugea à propos de pratiquer la castration, ce qui permet d'engraisser l'animal pour le livrer à la boucherie.

Les ovaires furent donc enlevés. Or, malgré cette ablation les aptitudes sexuelles de la vache restèrent telles qu'elles étaient avant l'opération. On la fit tuer, et l'on constata que l'un des pédicules fait au moment de l'opération portait sur le tissu ovarien lui-même, et que par conséquent une portion de l'ovaire correspondant était intact. C'est à cette circonstance que l'on dut attribuer la persistance des phénomènes auxquels on avait voulu remédier.

Séance du 2 décembre 1885. — Présidence de M. Horteloup.

KYSTE HYDATIQUE DU FOIE. — LAPAROTOMIE.

M. Ch. Monod rapporte l'observation d'une jeune fille de 18 ans, portant un gros kyste du foie déjà plusieurs fois ponctionné, dont le début remontait à plusieurs années. La tumeur s'était développée à la face inférieure du foie, comme l'on put s'en assurer au cours de l'opératior.

L'opération fut des plus simples : mise à nu du kyste par une incision de 8 centimètres sur la paroi abdominale, ponction du kyste et ouverture de ce dernier dans une large mesure.

Le pansement définitif fut ainsi pratiqué :

Les bords de l'ouverture furent solidement fixés par des points de suture multipliés aux bords de la plaie abdominale. La cavité fut touchée sur toute sa surface interne avec une solution de chlorure de zinc au 1/10ᵉ, puis comblée avec des tampons de gaze iodoformée.

La malade est maintenant en pleine voie de guérison, la cavité, très réduite, n'admet plus qu'un quart de litre de liquide, elle va diminuant tous les jours de capacité.

M. Monod est porté à conclure que dans les cas ou un kyste hydatique du foie sera accessible, et viendra se mettre en rapport dans une étendue suffisante avec la paroi abdominale, c'est par l'incision antiseptique qu'il devra être traité. On y joindra, au besoin, la résection d'une partie de la paroi.

Ce moyen, qui assure une évacuation complète et rapide du liquide contenu, des hydatides et de la poche germinative, procure une guérison plus prompte que toute autre, sans faire courir au malade plus de danger. On pourrait même soutenir qu'il est le plus innocent de tous, puisqu'il permet une ouverture large, proportionnée au volume reconnu du kyste, et assure un lavage complet et exact de la cavité, quelque étendue qu'elle soit.

Facilitant enfin une bonne exploration de la tumeur et de ses connexions, il permet au chirurgien de conduire son intervention en modifiant au besoin son plan primitif, suivant les indications qu'il peut rencontrer sur sa route.

Séance du 9 *décembre* 1883. — Présidence de M. HORTELOUP.

IMPERFORATION CONGÉNITALE DE L'HYMEN.

M. BERGER présente un rapport au sujet d'une observation d'imperforation congénitale de l'hymen présentée par M. Segond.

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, qui commença en janvier 1884 à ressentir des douleurs périodiques mensuelles. Les emménagogues produisirent des exacerbations qui lui firent consulter un chirurgien.

M. Segond, examinant cette malade, reconnut une tumeur remontant à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic.

A la vulve, existait une tumeur violacée, formée par l'hymen distendu, aminci et violacé. M. Segond résolut de faire l'évacuation en une seule séance.

Anesthésie, petite incision : il s'écoule une petite quantité de liquide chocolat ; puis il agrandit l'incision et la fait cruciale ; l'évacuation fut favorisée par une compression avec un bandage. L'évacuation dura trois quarts d'heure ; on fit des injections avec solution de sublimé à 2 pour 1000. Ces injections furent renouvelées toutes les trois heures. Au cinquième jour, stomatite mercurielle, qui oblige de faire des injections alcoolisées.

La malade guérit sans accident.

Souvent on a eu à déplorer des accidents sérieux, en pareil cas, soit qu'on emploie la méthode rapide, et alors on peut observer des hémorrhagies intrapéritonéales, dues à l'irruption du sang dans la cavité péritonéale, soit qu'on ait fait des évacuations lentes et successives, et alors on peut observer des accidents septicémiques, qui peuvent survenir aussi dans les cas d'évacuation rapide.

L'évacuation rapide est la seule qui mette à l'abri de la septicémie.

Cette pratique a cependant soulevé des contradictions et si elle a été soutenue par MM. Championnière et Verneuil, elle a été combattue par MM. Tillaux et Marjolin.

M. Lucas-Championnière met en doute la dilatation du vagin sans dilatation concomitante de l'utérus dans les cas de rétention des règles.

Quant à l'antisepsie, il la reconnait facile avec l'iodoforme et cite deux observations à l'appui.

M. Gillette rappelle un mémoire présenté par lui sur ce sujet à propos d'une malade qu'il avait observée dans le service de M. Tillaux.

Il a vu trois malades atteintes de rétention de sang menstruel.

« Je n'ai pas eu, dit-il, d'accident à la suite de l'évacuation rapide ; à cause de ces accidents possibles, j'avais conseillé la ponction aspiratrice. Depuis, je me suis borné à faire de petites incisions.

La rupture ne s'observe que quand on malaxe le ventre.



Les injections ne doivent pas être poussées très fort ni trop loin.

Il faut empêcher la réunion des lèvres et la plaie de se fermer.

M. Guéniot prend la parole à propos d'un point d'anatomie pathologique. Comme M. Lucas-Championnière, il a été frappé qu'on ait vu un cas aussi exceptionnel de dilatation du vagin, sans dilatation concomitante de l'utérus ; avec une semblable lésion, il faut admettre un relâchement des ligaments utéro-sacrés tel qu'on ne le supposerait pas possible *à priori*.

Ce fait me paraît difficile à vérifier.

M. Guéniot demande dans quel état était l'utérus quelque temps après l'opération, car il lui paraît difficile qu'on n'ait pas observé une chute de l'utérus. Il demande si on a bien fait de s'abstenir ; mais on aurait dû le faire au point de vue scientifique, car un fait exceptionnel aurait besoin de preuves exceptionnelles.

M. Berger dit que la non-participation de l'utérus à la dilatation lui paraît un fait certain d'après les détails de l'observation.

Il fait remarquer à M. Championnière, qu'à côté des dangers de septicémie, il y a des cas de rupture qui demandent qu'on discute le mode d'intervention.

RÉCIDIVE DES KYSTES DE L'OVAIRE.

M. Terrillon présente l'observation d'une nouvelle récidive d'un kyste ovarique opéré.

Voici le résumé de l'observation : Cette femme, âgée de cinquante-cinq ans, fut opérée une première fois, pour un volumineux kyste multiloculaire du côté droit, qui se rompit dans le péritoine en 1883 ; l'ovaire gauche était sain.

La guérison fut parfaite. Après un an, une tumeur se développa dans l'épaisseur de la cicatrice.

Peu après, l'autre ovaire devint le siège d'un nouveau kyste qui se développa rapidement en octobre 1885. Elle fut opérée de nouveau à cause de la rupture du kyste. Le péritoine, contenant une grande quantité de liquide gélatineux, fut nettoyé avec soin. Elle fut bien pendant quelques jours, puis dépérit et mourut d'une péritonite chronique, après quarante jours. En

même temps qu'on opérait ce second kyste, la tumeur et la cicatrice furent enlevées.

Elle était grosse comme un œuf de poule, et constituée par une multitude de petits kystes à contenus gélatineux, et dont les parois, garnies d'épithélium, avaient la même structure que les kystes ovariques.

Cette récidive peut s'expliquer par une greffe des éléments du premier kyste, greffe produite au moment de l'opération.

Ces mêmes greffes s'étaient produites aussi sur la surface interne du péritoine. Celle-ci était parsemée de petits kystes pédiculés, à parois et contenu semblables à celui des kystes ovariques.

M. Terrillon fait remarquer que, dans ce cas, la nature relativement simple de la tumeur ovarique ne pouvait faire préjuger cette récidive à distance.

Séance du 16 *décembre* 1885. — Présidence de M. Duplay.

RÉCIDIVE ET GÉNÉRALISATION DES KYSTES DE L'OVAIRE.

M. Terrier communique un cas de tumeur kystique de l'ovaire récidivée et généralisée.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt ans, qui fut opérée, en octobre 1883, d'une tumeur pesant plus de 6 kilog. et formée de plusieurs lobes contenant une certaine quantité de cavités kystiques. L'examen pratiqué par M. Malassez démontra que cette tumeur était de nature maligne et pouvait être comparée aux tumeurs mixtes du testicule. La malade quittait le service en janvier 1884, en apparence guérie ; mais en 1885 elle fut prise de quelques accidents péritonéaux, puis vit apparaître une nouvelle tumeur. M. Terrier pratiqua une nouvelle opération qui fit reconnaître l'existence de tumeurs disséminées en plusieurs points du péritoine et analogues à la première. La malade succomba trois jours après.

L'examen qui a été fait au Collège de France montre des cavités kystiques nombreuses, contenant toutes les variétés d'épithélium, des lamelles osseuses, des fibres musculaires lisses.

La conclusion est que l'examen histologique bien fait peut faire prévoir la récidive.

Séance du 23 *décembre* 1885.

INVERSION UTÉRINE. — LIGATURE ÉLASTIQUE.

M. TERRIER fait un rapport sur une observation adressée par M. Defontaine (du Creuzot).

Il s'agit d'une inversion utérine datant de treize ans et opérée avec succès par la ligature élastique. Un médecin, ayant cru avoir affaire à un polype appliqua une chaîne d'écraseur. M. Defontaine vit la malade pour la première fois, en juin 1885 ; il reconnut l'inversion utérine et après en avoir tenté la réduction par tous les moyens, pessaire de Gariel, etc., n'ayant obtenu aucun résultat, il se décida pour l'ablation par la ligature élastique, selon le procédé de M. Périer. La tumeur tomba vingt et un jours après l'opération. Au toucher on sent un col normal. L'examen de la pièce a montré que la surface péritonéale de l'utérus était absolument intacte, même après treize ans. La malade est complètement guérie.

MM. TILLAUX, POLAILLON, TRÉLAT, POZZI rapportent des opérations analogues.

M. TERRIER croit que si la ligature appliquée par M. Defontaine a mis autant de temps à provoquer la chute de la partie étranglée, c'est parce qu'elle n'était pas assez serrée d'emblée.

ASSOCIATION MÉDICALE ITALIENNE

SESSION DE PÉROUSE.

—

Section d'obstétrique et de gynécologie.

LA MÉNOPAUSE ARTIFICIELLE OU CHIRURGICALE DANS LE TRAITEMENT DES FIBRÔMES UTÉRINS ET DES TROUBLES QUI LES ACCOMPAGNENT.

M. CHIARA. — La ménopause chirurgicale, celle que l'on obtient avec la castration jointe à la salpingectomie, est généralement un traitement efficace contre les fibrômes de l'utérus et les troubles qui s'y associent.

L'ovario-salpingectomie peut être utile encore pour combattre les douleurs liées à l'état hystéro-épileptique, à la condition qu'elles soient sous la dépendance de la fonction ovarique ou

manifestement aggravées par l'évolution de l'ovisac et du flux sanguin utérin qui l'accompagne.

La nouvelle théorie de la menstruation présentée dans ces derniers temps par W. Lœwenthal est renversée par l'anatomie pathologique et les résultats opératoires obtenus dans plusieurs cas. J'ai vu réapparaître la menstruation dans les cas où j'avais laissé un ovaire, enfoui dans une gangue et introuvable, tout en enlevant la partie accessible des trompes. L'hydropisie des trompes, lésion si communément rencontrée chez des femmes parfaitement réglées, dépose encore contre l'opinion de W. Lœwenthal.

L'ovario-salpingectomie, suivant mon expérience qui, d'ailleurs, s'accorde avec celle de mes prédécesseurs, est notablement moins grave dans ses conséquences que l'hystérectomie complète ou incomplète, et même que l'ovariotomie, lorsque celle-ci offre quelque complication. Je crois que le maximum de la mortalité peut être évalué à 10 0/0. J'ai eu une mort par hémorrhagie du pédicule, que j'avais insuffisamment serré dans la ligature, une autre par cystite et pyélo-néphrite.

Dans mes opérations, j'ai rencontré, six fois sur huit, des altérations de l'oviducte, particulièrement de l'hydropisie.

Il est permis d'espérer de bons effets de l'opération, même lorsque la tumeur dépasse la ligne ombilicale.

L'opération de Battey-Tait (ovario-salpingectomie) offre des difficultés techniques souvent supérieures à celles que l'on rencontre dans les ovariotomies communes, et je suis absolument de l'avis de Tait, lorsqu'il écrit : « Ceux qui parlent d'ovariotomie normale et ceux qui ont la conviction de pouvoir enlever les ovaires, dans ces cas, avec la même facilité que les vétérinaires castrent une jeune truie, se font des illusions, et n'ont aucune notion pratique de cette opération, qui est toujours laborieuse et quelquefois d'une extrême difficulté. »

SUR L'ANTISEPSIE PUERPÉRALE INDIRECTE.

M. Chiara. — La prophylaxie puerpérale antiseptique peut être soit directe ou génitale, soit indirecte ou extra-génitale.

La prophylaxie indirecte est la plus simple, la plus facile, la plus économique, et elle n'est pas moins efficace.

La topographie des lésions et des régions qui, le long du con-

duit génital, peuvent être la porte d'entrée de la matière septique, donne la raison de l'efficacité de la prophylaxie que j'appelle indirecte ; je veux dire qu'elles sont dans les conditions des plaies sous-cutanées ou de celles qui, rendues aseptiques, sont traitées par l'occlusion permanente aseptique.

Si l'on réfléchit que la disposition anatomique particulière du canal génital rend très difficile l'entrée de l'air, on est disposé à admettre cette proposition.

La prophylaxie que j'appelle indirecte, consiste à rendre aseptique le conduit vagino-utérin après et autant que possible pendant l'accouchement. Cela fait, la façon la meilleure de le maintenir aseptique est *l'absolue non-intervention* jusqu'à la fin de la période puerpérale. On favorise l'écoulement lochial par l'élévation de la tête et du tronc, et l'on s'abstient de placer sur la vulve n'importe quel tissu, linge, gaze ou coton. Les draps, les matelas, le lit, les personnes qui assistent la malade doivent être désinfectés avec des vapeurs de soufre.

Pour rendre aseptique le canal utéro-vaginal, voici ma pratique : 1° Faire que l'accouchement se passe sous le nuage phéniqué, en commençant la vaporisation au moment même où commence la période d'expulsion, ou quand on va pratiquer un acte chirurgical quelconque ; 2° L'accouchement accompli, procéder à un lavage prolongé du canal vagino-utérin avec la solution à 1 0/00 de bichlorure de mercure. A partir de ce moment, s'abstenir absolument de toutes les pratiques qui peuvent léser les points granuleux ou permettre l'entrée de l'air dans le canal ou y déposer de la matière septique (exception est faite pour l'infection putride par endométrite placentaire).

On peut considérer ce que je viens de dire comme étant les conclusions auxquelles je suis arrivé, en m'appuyant sur les excellents résultats que j'ai obtenus dans la section des femmes légitimes de l'Institut de Florence (du 1er novembre 1883 à juillet 1884). Dans cette section abondent les occasions d'infection qui sont beaucoup plus nombreuses que parmi les femmes illégitimes. Chez ces dernières j'ai coutume, comme terme de comparaison, d'avoir recours aux pratiques de l'antisepsie directe.

REVUE DE LA PRESSE

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE GUÉRIS PAR L'ALIMENTATION A LA SONDE ŒSOPHAGIENNE.

Brunicke (Copenhague), *Hospitals* (*Tidende* 1885).

Il s'agit d'une femme de 32 ans, célibataire, dont les règles avaient toujours été abondantes et irrégulières. Depuis deux mois environ elle souffrait de violentes douleurs stomachales. Elle entra à l'hôpital avec le diagnostic d'ulcère rond de l'estomac. L'hypothèse d'une grossesse ne fut pas sérieusement agitée.

Au bout de quelques jours survinrent des vomissements à caractère alarmant, car ils empêchaient par leur abondance toute nutrition et l'inanition se faisait de plus en plus menaçante. La malade se trouvait dans un état voisin du collapsus, avec des gencives saignantes, un aspect cadavérique et une température au-dessous de 37°. Elle n'avait pas pu, en 5 jours, prendre deux tasses de lait.

En face de symptômes si menaçants, on songea à l'alimentation par la sonde œsophagienne ; mais de crainte d'irriter la muqueuse gastrique par la présence de cette dernière, on se contenta de faire pénétrer le tube dans les premières portions seulement du conduit œsophagien (cela suffit, ainsi que l'a démontré dernièrement Dujardin-Beaumetz).

Les aliments étaient introduits avec précaution et lenteur, et on injectait, vers la fin de la séance, une certaine quantité d'eau froide (l'eau froide et la glace calment, comme on le sait les vomissements).

On injecta d'abord du lait en petite quantité, et encore ne le donnait-on qu'une fois dans la journée. Puis on l'additionna de bouillon poudre de viande, soupe au gruau, etc. La malade apprit très vite à se servir de la sonde œsophagienne ; les vomissements et les nausées cessèrent, au point que, le 5e jour, on essaya de supprimer la sonde ; mais les accidents ayant reparu, on dut continuer son emploi ; et ce ne fut que 3 semaines après que l'on put recourir de nouveau à l'alimentation par les procédés nouveaux. La patiente avait déjà repris une partie de son embonpoint. A ce moment les signes de la grossesse, jusqu'ici incertains, devinrent manifestes.

Toute manifestation morbide ayant disparu, on permit à la malade de s'en aller.

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE GUÉRIS INSTANTANÉMENT AU MOYEN DES IRRIGATIONS D'ÉTHER SUR L'ÉPIGASTRE,

Par le Dr A. Galcebau.

Le *Journal d'accouchements* rapporte le cas d'une jeune femme, primipare, d'une faible constitution, ayant de fréquents vomissements depuis le second mois de la grossesse. Au cinquième mois, les vomissements devinrent plus persistants et s'accompagnèrent, dans l'intervalle, de nausées, d'évanouissements et de malaise général. En quelques heures, ils devinrent si fréquents qu'ils se succédaient sans interruption, provoquant des syncopes, une prostration absolue des forces, du bruit dans les oreilles, le refroidissement de la peau, des sueurs froides et abondantes, un pouls fréquent et filiforme, etc. La vie était manifestement en danger.

Les moyens les plus variés furent mis en usage sans résultat. On essaya, tour à tour, les antispasmodiques (éther, valériane, musc), les opiacés, le chloral, les boissons gazeuses et glacées, l'iode, *intus et extra*, les vésicatoires sur l'épigastre, les injections hypodermiques de morphine et d'éther, etc.

Vers le soir, le Dr Rodrigues Mendez, ayant été appelé en consultation, on convint d'essayer les irrigations d'éther sur l'épigastre.

L'effet fut instantané; une seule irrigation suffit pour couper court aux vomissements. La malade fit quelques profondes inspirations, disant qu'elle était guérie et qu'elle se trouvait parfaitement.

Plus tard, les vomissements sont revenus à deux reprises, et chaque fois les irrigations d'éther ont arrêté de suite tout malaise.

RACINE DU COTONNIER COMME SUCCÉDANÉ DU SEIGLE ERGOTÉ.

Le *Journal de médecine de Bordeaux* rapporte que M. Prochownick (de Hambourg), sachant que les médecins américains emploient cette racine en obstétrique, l'a fait analyser et n'y a trouvé aucun alcaloïde particulier. Mais ses expériences lui ont démontré que l'infusion de cette racine fraîche, à la dose de 3 à 6 grammes d'heure en heure (on peut même arriver sans danger à 10 grammes), provoque des contractions utérines intermittentes, comparables aux contractions spontanées de l'accouchement, et différentes de l'état de tétanisation produit par le seigle ergoté. On peut donc la donner sans crainte avant l'expulsion du fœtus ; mais comme, au point de vue de l'intensité et de la rapidité des effets produits, ce médicament est inférieur au sei-

gle ergoté, il est préférable d'employer cette dernière substance dans les cas d'hémorrhagies post-puerpérales réclamant une intervention énergique. Quand il s'agit d'hémorrhagies à reproduction fréquente dues à la présence d'un fibro-myôme dans les parois de l'utérus, l'infusion de la racine fraîche de cotonnier, à la dose de 10 grammes par jour en une fois ou de 15 grammes en deux fois, peut être avantageusement substituée aux injections hypodermiques d'ergotine. M. Prochownick a vu des fibrômes diminuer sous l'influence de ce traitement. Les mêmes doses conviennent pour faire disparaître l'infarctus utérin consécutif à l'accouchement. Il est bon de faire macérer dans l'eau froide avant de soumettre à l'infusion la racine de cotonnier du commerce, qui a subi pendant le transport une forte compression.

PASSAGE DES MÉDICAMENTS DANS LE LAIT CHEZ LES NOURRICES.

D'après la *Rev. de thérap.*, Fehling a fait des recherches au point de vue médico-légal, pour s'assurer si on peut amener la mort de l'enfant en administrant certains produits toxiques à la nourrice. Il a essayé le salicylate de soude, l'iodoforme, le sublimé. Toutes ces substances se retrouvaient en plus ou moins grande quantité dans l'urine du nourrisson. L'atropine, administrée à la mère, à dose maximum, dilatait la pupille de l'enfant ; l'opium et la morphine amenaient le sommeil, mais sans jamais avoir entraîné d'inconvénient, ni aucun résultat nuisible. D'où l'auteur conclut que les substances médicamenteuses, administrées à une nourrice, ne peuvent pas produire d'accident fâcheux pour le nourrison. A peine pourrait-on admettre l'action nocive à la longue, par accumulation de la substance.

Krukenberg, en faisant des expériences sur le passage de l'iodure de potassium dans le lait, a observé que l'élimination est beaucoup plus lente chez les primipares que chez les multipares.

Il faut donc être très circonspect lorsqu'on administre à ces dernières des médicaments très actifs.

AMPUTATION DU SEIN.

M. Monod apporte le résultat de sa statistique depuis trois ans. Il a 34 opérations de tumeurs du sein, tant à l'hôpital qu'à la ville. Sur ce nombre, il y a eu 29 ablations totales et 7 fois l'aisselle ne fut pas vidée des ganglions. Voici le résumé, d'après la *Revue de Therapeutique* :

1° Réunion immédiate, 5 fois.
2° Réunion rapide, 10 fois.
3° Réunion tardive, 7 fois.
4° Cicatrisation secondaire, 2 fois.

Dans la deuxième catégorie, la réunion superficielle a été complète ; mais la réunion des parties profondes a été retardée par le trajet du drain, trois ou quatre semaines.

La troisième catégorie comprend les cas dans lesquels la réunion a été retardée par manque de chair.

Pas de décès : un seul cas d'érysipèle en ville, dans une réunion retardée, ce qui vient à l'appui de l'opinion de ceux qui veulent une réunion prompte.

Sur 19 amputations pour cancer, il n'y a pas eu de récidive depuis plus de deux ans.

Récidives avérées, 6. Parmi celles-ci, une malade a été opérée 4 fois.

L'examen histologique permettra de mieux fixer les tumeurs qui sont appelées à récidiver.

LA RÉSORCINE CONTRE LES VOMISSEMENTS.

Depuis que le Dr Julien Andeer a employé la résorcine chimiquement pure, il n'a jamais eu d'accidents consécutifs (malaise, douleurs, renvois, envies de vomir, ténesme, etc.)

Des doses même très élevées sont parfaitement supportées, les seuls phénomènes qu'on observe sont comparables à une ivresse légère produite par le vin. L'auteur, ayant remarqué que les lavements à la résorcine pure agissaient favorablement dans les cas de vomissements, s'est décidé à donner dans les mêmes conditions ce médicament par la bouche. Du reste, les malades présentant des troubles gastro-intestinaux avaient déjà fait eux-mêmes la remarque que la résorcine ne les exagérait point comme certains autres médicaments qu'ils avaient pris auparavant.

L'auteur et plusieurs de ses confrères, dit *Paris médical*, ont cru devoir tirer parti de ces propriétés et administrer la résorcine contre les troubles digestifs, Sohmann et Totentroefer ont montré que dans la diarrhée des enfants, son action est certaine et son emploi inoffensif. En 1883, l'auteur a rapporté l'histoire de 18 personnes qui éprouvèrent des accidents d'intoxication après avoir mangé de la viande gâtée et chez lesquels les vomissements et la diarrhée furent très vite arrêtés par la résorcine.

Depuis lors, M. Andeer l'a administrée à un enfant de 14 ans at-

teint de tétanos traumatique et qui avait des vomissements incoercibles (30 gr. à chaque dose); au bout d'une demi-journée on en eut raison. Même résultat chez une femme de 30 ans dysménorrhéique et qui avait à chaque époque menstruelle des vomissements rebelles. Ceux-ci furent complètement arrêtés par deux doses de 1 gramme.

TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE PAR LA NITRO-GLYCÉRINE.

Se fondant sur l'idée que les vomissements des femmes enceintes ont pour cause directe une anémie cérébrale (ou de certaines parties du cerveau), M. le professeur Talma (d'Utrecht) a essayé la nitro-glycérine qui selon des observateurs américains produit une congestion cérébrale intense. Dans tous les cas où ce médicament a été prescrit, rapporte la *Semaine médicale*, les résultats obtenus ont été satisfaisants.

La dose est d'un milligramme par jour, à prendre en trois fois.

On peut prescrire le médicament sous forme de solution alcoolique ou bien sous forme de capsules contenant chacune un sixième de milligramme de nitroglycérine et 0,20 centigrammes d'huile d'olives.

MÉTRORRHAGIE CHRONIQUE. — PROMPTE GUÉRISON PAR L'HYDROTHÉRAPIE.

Le Dr Duval rapporte l'intéressante observation suivante de métrorrhagie chronique promptement guérie par l'hydrothérapie.

Lorsque Mme X... vint nous consulter, dit-il, cette intéressante malade se trouvait dans l'état suivant :

Mme X... était âgée de 32 ans ; elle était grande et bien prise, plutôt maigre que grasse ; jusqu'à l'âge de 29 ans, elle avait toujours été d'une bonne santé; il y a trois ans passés, au mois de juin, elle fit une fausse couche, suivie d'une perte abandonte. Depuis elle n'a jamais été bien réglée : elle reste sujette à des pertes plus ou moins irrégulières, qui se renouvelaient trois ou quatre fois par mois, sans causes occasionnelles apparentes, se reproduisant à propos de rien. Mme X.. fut soumise au repos au lit, puis à diverses médications parmi lesquelles le seigle ergoté, qui fut continué avec persévérance : rien n'y fit ; l'état de Mme X... resta le même, avec cette circonstance défavorable, cependant, qu'elle s'affaiblit graduellement et finit par revêtir tous les symptômes de l'anémie. C'est alors qu'en désespoir de cause un de nos confrères se décida à nous adresser Mme X... ; il ne fut nullement arrêté par la rigueur de la saison, car il savait déjà par expérience que la saison froide, loin d'être une contre-indication à l'hy-

drothérapie, même chez les femmes anémiques et épuisées, est, au contraire, une circonstance qui ne peut que favoriser l'action favorable de la méthode.

Le lendemain de son entrée, Mme X... fut soumise à la douche en pluie de quelques secondes, avec de l'eau à 8°.

Les jours suivants, la durée de la douche fut portée successivement à 10, 15 puis 30 secondes, avec de l'eau à 6°, puis à 4°. Mme X... fut soumise autant que possible à une alimentation froide.

Dès le second mois de traitement, Mme X .. se trouva sensiblement mieux ; à la fin du troisième mois, elle nous quitta tout à fait bien. Dans les quatre dernières semaines, elle n'avait eu qu'une seule perte et peu abondante : elle fut d'abord considérée comme due à une époque régulière.

Nous avons eu l'occasion de revoir Mme X.. Sa guérison s'est maintenue et elle jouit d'une excellente santé.

GROSSESSE AVEC HYMEN PERSISTANT.

Arnoux rapporte dans le *London medical Record* le cas d'une jeune femme mariée, âgée de 23 ans, qui vint le consulter pour des vomissements répétés. Elle pensait la grossesse impossible à cause de l'existence d'un obstacle à la copulation. A l'examen, le doigt était arrêté à un pouce et demi environ de l'orifice vulvo-vaginal par une membrane qui permettait difficilement le passage de l'extrémité du doigt. Au delà une seconde membrane constituait un obstacle entièrement infranchissable, mais néanmoins dans lequel il fut possible, par une petite ouverture, située tout à fait à la partie postérieure, d'introduire une sonde. Cependant, le toucher rectal confirmait la grossesse et, la section des membranes ayant été opérée avec un bistouri mousse, la femme accoucha heureusement quelque temps après.

DILATATION PRÆ-FŒTALE DE LA VULVE,

Par le Dr Passarini.

Les différentes manœuvres employées jusqu'à ce jour pour prévenir les déchirures du périnée peuvent se diviser en trois classes, suivant que l'on se propose :

1° De soutenir simplement le plancher périnéal ;

2° De ralentir la progression de la tête fœtale ;

3° De faciliter et d'accélérer l'ampliation de la vulve et l'extension du périnée.

La première classe est aujourd'hui complètement abandonnée, car elle a été reconnue tout à fait illusoire et fondée sur des appréciations erronées des phénomènes de l'accouchement.

Les deux autres classes peuvent être avantageusement remplacées par la manœuvre dite dilatation præ-fœtale, car celle-ci obtient aussi bien qu'elles :

1° Le ralentissement de la progression de la tête fœtale ;

2° La dilatation de l'orifice vulvo-vaginal et l'extension du périnée.

Elle présente en plus les deux grands avantages suivants :

1° D'obtenir une expulsion plus rapide ;

2° De laisser une main complètement libre.

PRINCIPES DE L'ALIMENTATION DES ENFANTS

Par le docteur ACHENNE.

S'il est vrai, comme l'enseignent les auteurs les plus autorisés, West notamment, que les organes digestifs de l'enfant acquièrent l'aptitude à digérer les substances amylacées, plusieurs mois seulement après la naissance ; s'il est vrai que la salive si abondante qui s'écoule de la bouche du nourrisson en travail de dentition, est dépourvue de diastase et impropre, par conséquent, à modifier la fécule ou amidon, l'alimentation prématurée au moyen de bouillies, de panades, de soupes, etc., est condamnée scientifiquement au nom de l'anatomie et de la physiologie.

Mais cette démonstration était vraiment superflue. La clinique ne l'a que trop souvent fournie aussi probante que peuvent la demander les plus sceptiques et les moins clairvoyants. Pour le médecin, la question est vidée et la discussion oiseuse.

Nous admettons tous, avec unanimité, comme premier principe d'alimentation dans la première enfance, que le lait seul doit constituer l'aliment exclusif jusqu'au sixième mois, et quelquefois jusque vers la fin de la première année.

Mais quand vient l'époque de transition et de sevrage, où il convient d'adjoindre au lait ou de lui substituer des aliments solides, nous sommes partagés et indécis. En conséquence de cette incertitude, le médecin s'en remet à l'ordinaire, pour la deuxième alimentation, aux données de l'empirisme et, pour tout dire, aux soins des bonnes gens ou plutôt des bonnes femmes.

Est-il donc impossible d'établir des lois et des principes pour se conduire dans cette seconde phase de la vie végétative ?

D'une part, les physiologistes nous apprennent que le rapport des

substances azotées aux matériaux hydrocarbonés doit être, dans un aliment complet, de 1 des premières à 5 des seconds; et l'expérience montre que, si ce rapport s'élève et devient 1 à 7 ou même 1 à 6, ou s'abaisse et descend à 1 à 4, il survient des troubles de la nutrition, et un état morbide apparait.

D'autre part, si nous consultons le tableau d'analyse chimique qui nous donne la composition des principales graminées alimentaires, tel que Payen l'a dressé, nous y trouvons qu'une seule de ces semences remplit parfaitement les conditions exigées par les règles scientifiques et les données de l'expérience. C'est l'analyse de la farine d'avoine qui présente ce rapport reconnu nécessaire. En effet, sa composition élémentaire donne exactement 14,39 de matières azotées et 75,34 d'hydrocarbure p. 100. Ce n'est pas tout : dans ces 75,34 de substances carbonées, on distingue 9,25 parties de dextrine, c'est-à-dire d'amidon déjà modifié et presque assimilable, et 5,50 de matières grasses, proportion double de celle que fournissent les blés les plus nutritifs.

Ce dernier point n'est pas indifférent, puisque nous savons que l'enfant dépense, toutes proportions gardées, plus de chaleur que l'adulte, et que les corps gras sont les générateurs de calorique les plus puissants. Ici donc la substance calorigène se trouve condensée heureusement sous un petit volume.

Quant aux substances minérales, c'est-à-dire le phosphate de chaux et de magnésie, les sels de potasse et de soude, le fer et la silice, elles représentent 3,25 p. 100, coefficient le plus élevé de toute la série des céréales usitées.

Si donc on compare la farine d'avoine à celle des autres graminées, on voit, en résumé, qu'elle est caractérisée :

1° Par le rapport parfait qui s'y trouve entre les substances azotées et les composés ternaires ;

2° Par le chiffre supérieur des substances minérales, éléments du squelette et du sang ;

3° Par la forte proportion des matières grasses, moyen d'engraissement et combustible condensé.

C'est pourquoi, dit Payen, on s'explique que « l'avoine, débarrassée de ses écailles ou enveloppes, et réduite en gruau, soit employée avec succès dans l'alimentation des hommes en Irlande et en Ecosse, et plus particulièrement introduite dans le régime alimentaire des enfants, sous forme de potages, en Angleterre ». Mais, ajoute le savant chimiste « le gruau d'avoine est l'objet de véritables falsifications ; sur 30 échantillons pris dans différentes boutiques, 16 se sont trouvés falsifiés. »

C'est en connaissance de ces rares propriétés, et pour sauvegarder la pureté de ce produit, que des chimistes français ont formé l'heureuse entreprise de spécialiser une farine de gruau d'avoine, préparée suivant les procédés perfectionnés que l'industrie possède aujourd'hui.

C'est là l'origine de la *farine Morton*, au gruau d'avoine, recommandée par les sommités scientifiques et à laquelle un médecin renommé des hôpitaux d'enfants, le professeur Bouchut, a consacré un travail élogieux.

Si, comme j'ai essayé d'en donner la raison scientifique, la farine d'avoine mérite d'être adoptée comme second aliment dans le bas âge, c'est la *farine Morton* qu'il faut prescrire pour offrir aux nourrissons toutes les garanties que nous avons le devoir d'exiger pour eux.

(*Gazette des hôpitaux.*)

BIBLIOTHÈQUE

CONFERENCE faite le 28 janvier 1885, à l'Ecole Dentaire de France, au siège de l'institut odonto-technique, par le Dr Boudet, de Paris. — 1885, O. Doin éditeur, 8, place de l'Odéon.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DIAGNOSTIC GYNÉCOLOGIQUE; MEDICATION RECTALE, par le Dr Cortiguero (de Santander), traduit par le Dr Verrier. 1885, Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

TRAITEMENT DE LA MIGRAINE PAR LE MASSAGE, par le Dr G. Norstrom.— Paris, 1885, A. Delahaye et E. Lecrosnier éditeurs.

RECUEIL D'OBSERVATIONS DE CLINIQUE CHIRURGICALE, par le Dr J. A. Fort. — Montevideo, Imprimerie du journal *La France*, 203, rue Saraudi, 1885.

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE SUR L'ASPHYXIE AIGUE, par le Dr Simon (Frédéricq). (Extrait des *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1885).

MOVIMENTO CLINICO DELL' ANNO SCOLASTICO 1884-85 (dall di 25 ottobre 1884 alli 25 Suglio 1885, giorni 275). Instituto Ostetrico della R. Universita di Torino.

VARIATIONS DE COMPOSITION ET RÉACTIONS CHIMIQUES des humeurs normales et morbides de l'appareil génital de la femme, par le Dr Menière (d'Angers).— Paris, 1885. O. Doin, éditeur.

MÉTALLOTHÉRAPIE, par le Dr Moricourt. Extrait de l'*Union Médicale* (3e série) 1885.

LE SPECULUM DELLE PARTORIENTI, del professore C. Minati, 1885. Antica casa editrice, Dr F. Vallardi, Milano, 15, via disciplini.

DE L'ACONITINE CRISTALLISÉE, par H. Duquesnel. — 1885, Paris. J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE par l'huile essentielle de térébenthine, par le Dr E. Brémond fils et le Dr Gouel. — 1886, Paris. G. Masson, éditeur.

ÉTUDE HISTORIQUE ET MÉDICALE SUR ST-HONORÉ-LES-BAINS (Nièvre), par le Dr H. COLLIN. — 1885, Paris, A. Parent, 52, rue Madame.

SUL TERNICISCO E SUL VALORE DEL METODO DEL KRAUSE NELLO INTERRUZIOEE DELLA GRAVIDAUZA, del Prof. D. TIBONE. — 1885, G. Jovene, libr. édit., 18, Strada della Quercia, Napoli.

DE L'HYPERTROPHIE DE LA MAMELLE CHEZ LES HOMMES ATTEINTS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE, par E. LEUDET, directeur de l'Ecole de Médecine de Rouen. (Extrait des *Archives genérales de Médecine.*)

DE LA DILATATION DE L'ESTOMAC CHEZ L'ENFANT, lecture faite à l'Académie de Médecine, séance du 22 décembre 1885, par le Dr BLACHE. — Paris, 1886, Lauwereyns, 2, rue Casimir-Delavigne.

LES CRÈCHES AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE, par le Dr BLACHE. — Paris, 1886, Lauwereyns, 2, rue Casimir-Delavigne.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT CHIRURGICAL DES TUMEURS ABDOMINALES, par sir SPENCER WELLS (Edition française publiée avec le concours du docteur J. KESER, chirurgien de l'hôpital français de Londres). In-8°, I-VIII, 390 pages avec 55 figures dans le texte.

ETUDES CLINIQUES SUR LA GRANDE HYSTÉRIE OU HYSTÉRO-EPILEPSIE, par le docteur Paul RICHER, chef du laboratoire de la clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière, lauréat des hôpitaux, de la Faculté, de l'Académie de médecine et de l'Institut, avec une lettre préface de M. le professeur J.-M. CHARCOT. Deuxième édition, revue et considérablement augmentée, avec 97 figures intercalées dans le texte et 10 gravures à l'eau-forte. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1885.

DU DIABÈTE SUCRÉ CHEZ LA FEMME, par le docteur LECORCHÉ. 1 vol. in-8°. — Prix : 6 francs. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

DE L'HYSTÉRIE CHEZ LES ENFANTS, par le docteur PERIGNIEZ. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

UN CAS DE CASTRATION POUR FIBROME UTÉRIN, par le Dr F. FRAIPONT, membre titulaire. — Observation très intéressante recueillie à l'hôpital de Bavière à la clinique du professeur von Winiwarter. — Publiée dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège.*

MANUEL D'HYDROTHÉRAPIE, par le Dr Paul DELMAS, inspecteur du service hydrothérapique de l'hôpital St-André de Bordeaux, avec 39 fig. dans le texte, 9 tableaux graphiques et 60 tracés sphygmographiques. — Paris, 1885. O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon. (*Sera analysé.*)

DAX PITTORESQUE ET THERMAL — GUIDE DU MÉDECIN ET DU MALADE. par le Dr BARTHE de Sandfort. — Paris, 1885, Librairie E. Dentu. (*Sera analysé.*)

RÉTENTION DES CHUTES DE MATRICE A L'AIDE DES PESSAIRES MALLEABLES, instrument nouveau pour l'adaption de ces pessaires, par le Dr WALTON, gynécologiste à Bruxelles, avec figures. — Gand, 1885, imp. Eug. Vanderhaeghen, rue des Champs, 62. (*Sera analysé.*)

ÉTUDES CLINIQUES SUR LES MALADIES DES FEMMES, par le Dr Henri SCHAFIER, Paris, 1886. — Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne. (*Sera analysé.*)

TRAITÉ DE CHIMIE PHARMACEUTIQUE, par A. GILKINET, professeur à l'université de Liège. 1885, Liège, imp. Vaillant-Carmanne, 8, rue St-Adalbert. (*Sera analysé.*)

DU MAL PERFORANT, par le Dr FAUCHON-COURTY, ancien externe des hôpitaux et du service d'accouchement, médaille de bronze de l'Assistance publique. — Paris 1885, Asselin et Houzeau, libraires.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

14. — De l'usage immédiat de la curette dans le traitement des avortements. — Le Docteur J. T. Alloway s'élève contre l'habitude de beaucoup d'accoucheurs qui, lorsqu'un avortement vient de se faire, n'interviennent pas et s'il n'y a aucun accident immédiat, laissent les annexes dans l'intérieur des parties génitales.

L'auteur fait remarquer les inconvénients de cette méthode. Ainsi abandonné à lui-même, il n'est pas rare de voir le placenta provoquer, par sa rétention, des accidents septicémiques, souvent mortels.

Pour prévenir ces complications, le Dr Alloway conseille le curettage de la cavité utérine, quelques heures après l'expulsion du fœtus. Il se sert pour cela d'une curette mousse avec laquelle il va gratter le placenta et l'amène, par fragments, au dehors.

Cette méthode peut être bonne ; il est même possible qu'entre des mains expérimentées elle donne de bons résultats. Cependant nous estimons qu'il serait prudent de faire suivre ce curettage d'une injection intra-utérine pratiquée avec une solution d'une substance antiseptique, l'acide picrique par exemple, préparé d'après la formule suivante, substance qui jouit, à la fois, de propriétés antiseptiques et coagulantes des matières protéiques :

Acide picrique.................. 4 grammes
Eau...................... 1 litre.

***

15. — De l'arsenic dans les métrorrhagies. — D'après le Dr Geo Rauking, qui a beaucoup pratiqué dans l'Inde, il existe une relation directe entre les métrorrhagies si fréquentes chez les femmes de ce pays et la fièvre intermittente. D'après l'auteur, il faudrait rapporter à la quinine employée les causes de ces métrorrhagies. Il conseille vivement l'emploi de l'arsenic dans la fièvre intermittente compliquée de métrorrhagies ; il en a obtenu d'excellents résultats même dans des cas de métrorrhagies sans fièvre. La dose est de 10 gouttes de solution de Fowler, soit seules, soit mêlées à un acide minéral, après le repas.

Le Dr Rauking considère l'arsenic comme très utile à employer chez les femmes enceintes au lieu de la quinine qui est abortive.



16.— Traitement chirurgical de l'hystérie. — Le docteur Freidrich, d'Heidelberg, encouragé par les résultats heureux signalés par Kaker et Brown par l'ablation du clitoris dans les cas d'hystérie grave, a employé la cautérisation de cet organe à l'aide du nitrate d'argent. L'auteur rapporte, à l'appui de sa méthode, huit observations de malades atteintes d'hystérie de forme grave, et chez lesquelles, trois à quatre cautérisations de ce genre, répétées à des intervalles de trois à dix jours, ont agi très heureusement et amené la guérison. Chez une de ses malades, l'hystérie se manifestait par une simple excitation nerveuse et des accès convulsifs. Dans l'un des cas, il y avait aphonie, dans un autre paraplégie.



17. — Injéctions d'acide phénique dans les cas d'hémorrhoïdes externes. — Il n'est pas rare de voir les affections utérines se compliquer d'un état hémorrhoïdaire qui fatigue péniblement les malades. Tantôt les hémorrhoïdes sont internes et dans ce cas, nous avons indiqué les pilules de capsicum et la pommade au carbonate de chaux comme un excellent moyen de les combattre : tantôt elles sont externes et on peut alors leur appliquer la méthode de traitement, recommandée par le Dr Cottuvali, de Salonique, c'est-à dire l'injection d'acide phénique à l'aide de la seringue de Pravaz d'après la formule suivante :

Acide phénique liquide........................	2 grammes
Eau distillée....	50 grammes,

Voici comment l'auteur procède : il injecte un gramme de la solution précédente, dans la masse hémorrhoïdale, en appliquant au point où est faite l'injection, 15 centigrammes d'opium pour calmer les douleurs produites par l'acide phénique et aider la guérison. La même injection se repète tous les deux jours. Au bout d'une semaine le volume des hémorrhoïdes a diminué des trois quarts, leur sensibilité disparaît graduellement et au bout de quinze jours la guérison est complète.



18. — Incontinence d'urine chez les petites filles. — L'incontinence d'urine chez les petites filles reconnaît plusieurs causes. En première ligne, il faut placer la vulvite, si fréquente chez les enfants scrofuleux ou malpropres; puis, vient ensuite la présence des ascarides dans le vagin et le plus souvent d'oxyures. Enfin, l'excès de tonicité des fibres musculaires de la vessie ou la faiblesse musculaire du sphincter vésical déterminent aussi cette infirmité.

Le traitement est donc complexe. S'il s'agit d'une vulvite simple, on conseillera les bains de siège ou les lotions à l'eau de son ou de feuilles de noyer, suivis d'un poudrage avec le mélange suivant :

Amidon pulvérisé.	10 grammes.
Oxyde de zinc	5 —
Borate de soude.	5 —

A ce moyen, on adjoindra l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer, le sirop antiscorbutique, si la vulvite est d'origine diathésique.

La présence d'ascarides comportera l'emploi des paquets suivants, administrés tous les deux jours :

Semen contra pulvérisé	1.50
Mousse de Corse pulvérisée . . .	1.50
Calomel	0.50
Sucre en poudre.	4

Faire dix paquets.

Enfin, lorsque l'incontinence d'urine a pour cause le défaut d'équilibre entre la tonicité des fibres musculaires de la vessie et celles du sphincter, c'est à la belladone soit en poudre, en teinture ou en sirop qu'il faut avoir recours.

On peut également faire avantageusement usage des pilules suivantes, lorsque l'incontinence, au lieu d'être simplement nocturne, est presque continuelle et involontaire :

Extrait alcoolique de noix vomique	0 gr. 30
Oxyde noir de fer.	2 gr.
Excipient.	Q. S.

pour 30 pilules. — Une pilule le soir de 1 à 3 ans; une le matin, une le soir, de 3 à 7 ans.

Chez les jeunes filles menstruées, on peut faire usage du sirop officinal de sulfate de strychnine qui contient 5 milligrammes de ce sel par cuillerée à bouche. Mais on doit manier ce médicament avec précaution et en arrêter l'emploi dès qu'il survient de légères raideurs musculaires.

***

19. — Prurit vulvaire avec ou sans éruption. — La solution suivante est conseillée par le professeur Bartholow, de l'Université de Philadephie :

Acide phénique.	8	grammes.
Glycérine.	30	—
Eau de roses.	240	—

Si le prurit se complique de névralgies superficielles idiopathiques, l'auteur emploie les fomentations avec le liniment suivant :

Huile de girofle. .	ãã 4 grammes.
— de gaultheria	
— de thym. . . .	
Teinture de benjoin	ãã 120 grammes.
— de cannelle.	



20. — Du traitement thermal pendant la grossesse. — Le docteur Caulet fait remarquer, dans les *Annales de la Société d'hydrologie médicale*, les dangers du traitement thermal pour les femmes en état de grossesse.

« Le premier soin de tout médecin d'eaux minérales, dit-il, alors qu'une cliente vient s'adresser à lui au sujet d'un traitement thermal à suivre, est d'examiner attentivement cette femme au point de vue d'une grossesse possible ; un simple retard de règles doit mettre sa prudence en éveil. Combien de troubles utérins ne voit-on pas se produire chez des femmes qui se soumettent au traitement thermal avec une menstruation retardée ! Le sang reparaît bientôt, et il est la manifestation de l'avortement qui vient de se produire. A ce point de vue, il serait désirable que toute femme qui veut se soumettre à un traitement thermal ne se présentât, pour le commencer, que tout de suite après ses règles, ou à l'époque où elles vont apparaître. »

On fait généralement exception pour les eaux de Néris, Luxeuil et St-Sauveur qui sont réputées n'avoir aucune influence fâcheuse sur la grossesse. C'est là une erreur, ainsi qu'il ressort des observations rapportées par le docteur Caulet.

En somme, tout traitement thermal, quelle que soit la station, est dangereux pour la femme enceinte, et, sauf exception, ne doit pas être employé pour elle. Par traitement thermal l'auteur entend, avec

Durand Fardel, celui qui s'administre à l'aide de bains, le bain, étant, en effet, la représentation essentielle de la médication thermale, sinon son unique expression.

* * *

21. — Extrait de ratanhia dans le vaginisme. — Voici un cas de vaginisme à la suite d'un accouchement guéri par l'emploi de suppositoires à l'extrait de ratanhia.

Six mois après son premier accouchement, une jeune femme s'était trouvée atteinte d'une hyperesthésie vaginale telle que tout rapport était devenu impossible. A l'examen, la vulve présentait une petite fissure, point de départ certain de l'hyperesthésie.

L'extrait de ratanhia fut employé sous la forme suivante :

Beurre de cacao.	20 grammes
Extrait de ratanhia.	10 —

pour six suppositoires ; à mettre un tous les soirs dans le vagin. Au sixième suppositoire, toute trace de vaginisme avait disparu. Il y a tout lieu de supposer qu'il ne s'agissait pas là d'un cas de vaginisme vrai, mais bien, comme le dit l'auteur, d'une hyperesthésie due à la fissure, c'est-à-dire sans contracture, ce qui explique la rapidité de la guérison avec un moyen aussi simple.



22. — Inhalations d'oxygène contre les vomissements incoercibles de la grossesse. — Une femme, primipare, âgée de 22 ans, avait des vomissements continuels au troisième mois de sa grossesse. Les injections de morphine, les pulvérisations d'éther ne purent arrêter ces vomissements. En présence de la faiblesse extrême de la malade, on prescrivit les inhalations d'oxygène à la dose de 10 litres le premier jour, 12 litres le second et 15 litres le troisième. Au bout de ce temps, les accidents furent arrêtés et ne reparurent plus jusqu'au terme de la grossesse, qui suivit son cours régulier.



23. — Constipation dans les affections utérines traitée par la teinture de podophyllin. — Le Docteur Dobell, auquel nous empruntons la formule suivante, attache une efficacité toute particulière à la forme de ce médicament.

Selon lui, la teinture de podophyllin est exempte des inconvénients que présente quelquefois l'administration de ce produit en pilules.

Podophyllin .... 0,10 centigr.
Esprit de vin rectifié..... 60 gr.
Essence de gingembre.... 2 gr.

A prendre par cuillerée à thé, dans un verre d'eau, le soir au moment de se coucher, ou tous les deux ou trois jours suivant le besoin.



24. — Traitement du cancer de l'utérus par la térébenthine de Chio. — Le Docteur Jolin Clay, de Birmingham, rapporte le cas d'une vieille femme qui, atteinte d'un cancer du col de l'utérus donnant lieu à des hémorrhagies fréquentes, fut très améliorée en quatre jours par l'emploi de la térébenthine de Chio, à l'intérieur. Une tumeur se détacha au bout de douze jours et dans le courant de la douzième semaine après le début du traitement, les parties étaient cicatrisées et mamelonnées.

Chez une autre malade, l'affection limitée au col aurait guérie en quelques semaines.

L'auteur a constaté également l'amélioration des cancers d'autres régions, mais il a remarqué que c'est à la matrice que les guérisons ont été obtenues. D'après le Dr Clay, la térébenthine de Chio posséderait pour ces cas-là des propriétés spéciales qu'on ne retrouve pas dans la térébenthine de Venise, et qui en feraient un poison pour le néoplasme.

La térébenthine de Chio s'administre sous la forme suivante :

Térébenthine de Chio....... 2 grammes.
Fleur de soufre........... 2 —

pour 40 pilules. Prendre 4 pilules toutes les deux heures.



25. — Traitement des kystes des glandes vulvo-vaginales par les injections de chlorure de zinc. — Les kystes des glandes de Bartholin ne sont pas très fréquents et divers moyens de traitement ont été tour à tour employés avec un succès très variable.

L'incision simple fait bien suppurer la poche et peut amener la guérison, mais elle n'est pas constante. L'incision suivie de cautérisation nécessite souvent plusieurs applications de caustique. Le drainage présente les inconvénients d'une suppuration prolongée. Les injections iodées restent souvent sans résultat. Enfin, l'extirpation du

kyste donne lieu à une opération qui n'est pas toujours sans danger.

Les injections de chlorure de zinc, au dire du docteur Duvernay, présentent une innocuité relative, une absence complète de réaction vive et de suppuration. Voici la manière de procéder : A l'aide d'une seringue de Pravaz, on fait, dans l'intérieur du kyste, sans l'avoir préalablement vidé, une injection de trois gouttes d'une solution de chlorure de zinc au 1/10e. L'effet immédiat est sensiblement nul.

On n'observe pas de douleur, pas de gonflement ni de chaleur. On continue les injections les jours suivants, en augmentant progressivement le nombre des gouttes injectées, qui suivant le volume de la tumeur peut être porté jusqu'à 20 gouttes, et en quelques semaines on obtient la guérison du kyste par résorption.



26. — Emploi du chloroforme dans un cas d'éclampsie puerpérale. — Le docteur Canada, dans la *Revista di medecina y cirurgia practicas*, rapporte un cas de ce genre dans lequel l'emploi du chloroforme lui a seul donné de bons résultats.

Il s'agissait d'une femme, nerveuse et robuste, ayant eu huit grossesses dont l'une se termina par un avortement et qui fut prise, dans l'avant-dernière, de convulsions qui cessèrent après l'accouchement.

Vers le huitième mois de sa dernière grossesse, elle présenta les symptômes d'un accouchement prématuré ; et, un peu plus tard, survinrent de violents accès d'éclampsie. Les battements du cœur fœtal cessèrent bientôt.

On fit une saignée du pied pour provoquer l'accouchement. Après l'expulsion d'un fœtus mort et de ses enveloppes, les accès d'éclampsie augmentèrent de fréquence et de violence. En présence de l'insuccès des antispasmodiques de tous genres qui furent employés, on eut recours aux inhalations de chloroforme, cette fois avec un succès complet.



27. — Traitement du catarrhe chronique du col de l'utérus et de ses conséquences. — Hofmeier considère la sténose du canal cervical utérin comme la suite très fréquente du catarrhe chronique de cet organe. Il en résulte une accumulation de mucus dans la partie inférieure, de la dysménorrhée et de la stérilité.

Le meilleur traitement à employer, d'après l'auteur, en pareil cas, consiste à faire des discissions multiples du col de l'utérus. Ces discissions devront être suivies d'injections à l'eau phéniquée.

Il est bon, en outre, d'enlever un fragment de la muqueuse près du bord externe du col et de suturer celle de la cavité cervicale à celle de la portion vaginale, puis de réunir également par des sutures les bords des incisions latérales, d'après le procédé d'Emmet.



28. — **Désinfection de l'iodoforme.** — L'iodoforme est une substance dont les merveilleuses propriétés antiseptiques et anti-inflammatoires tendent à en généraliser l'emploi dans la pratique courante de la gynécologie. Il a malheureusement contre lui son odeur repoussante, d'une extrême ténacité, qui s'attache aux vêtements de l'opérateur, aux rideaux et tentures des appartements dont elle ne disparaît qu'après un temps très long.

L'addition de quelques gouttes d'essence de menthe ou d'un dixième de poudre de camphre atténue en grande partie cet inconvénient.

Le docteur Lindermann propose un moyen de désinfection, qui donne, d'après l'auteur, des résultats plus marqués, et qui consiste à faire usage de Baume du Pérou, associé à la vaseline, selon la formule suivante :

Iodoforme	1 gramme.
Baume du Pérou	3 grammes.
Vaseline	8 grammes.

Dans d'autres cas, le docteur Lindermann substitue la glycérine à la vaseline, dans les mêmes proportions.

Nous ferons remarquer que, sans contester la valeur du résultat obtenu par ce procédé au point de vue de la désinfection, la préparation contient une bien petite quantité d'iodoforme, et que, dans bien des circonstances, il est préférable d'avoir recours à la poudre d'iodoforme camphré.



29. — Hémorrhoïdes internes ; leur traitement par la glycérine. — On doit au Dr David Young, de Florence, un travail publié il y a quelque années sur l'usage de la glycérine dans le traitement des hémorrhoïdes internes. L'auteur la prescrit à la dose de une cuillerée à bouche par jour. S'il existe en même temps

de la constipation, il conseille de prendre une des pilules suivantes :

Bichlorure de mercure...........	0.20 centigrammes.
Strychnine.................	0.20 centigrammes.
Extrait de belladone..........	2 grammes,
Bisulfate de quinine..........	5 grammes
Extrait d'aloès barbatum........	2 grammes.

pour 10 pilules.

Ajoutons que le Dr Young a fait usage, concurremment avec le traitement interne, de moyens adjuvants tels que lotions froides pratiquées avec une éponge, bains de siège froids, etc.

D'après le Dr Boind, les succès rapportés par l'auteur dans un grand nombre de cas, seraient dus au moins autant à l'action des moyens considérés comme adjuvants par le Dr Young, qu'à celle de la glycérine.

***

30. — Rétention du placenta ; conduite à tenir. — Le professeur Pajot rappelle, dans son cours à la Clinique, une vérité malheureusement des plus éclatantes : « Toute femme qui, après être accouchée, a conservé son placenta dans la matrice, est une femme morte. »

Il ne faut donc jamais laisser un placenta dans l'utérus et ne s'arrêter pour l'extraire que devant la violence qui tuerait, sinon plus sûrement encore, du moins plus immédiatement la femme.

Dans les cas ordinaires, le temps ne fait rien à l'affaire, du moins dans une certaine mesure, et dès que vous constatez que l'utérus se rétracte bien, il vous est enjoint de rechercher si le placenta est décollé. Or, s'il n'y a ni état morbide, ni anomalie placentaire, le délivre doit être décollé. Mais il ne suffit pas de dire « cela doit être », il faut pouvoir dire « cela est ». Alors vous saisissez doucement de la main gauche le cordon, tandis que l'index de la main droite, le suivant dans son trajet, rencontre à un moment donné le placenta, bien reconnaissable à ses caractères, et notamment à ses ramifications en relief. Or si vous le sentez déjà introduit, même légèrement, dans l'orifice du col, c'est qu'il est décollé, et vous cherchez à l'extraire par un moyen rationnel : vous saisissez le cordon ombilical enroulé deux ou trois fois autour du doigt jusqu'à ce que votre main arrive au contact de la vulve, afin de rendre vos tractions douces plus efficaces. Vous tendez doucement le cordon, qui se détend de lui-même au fur et à me-

sure que le placenta progresse dans sa sortie de la matrice et vous continuez à le tendre *sans jamais le lâcher ni l'abandonner.*

La question est plus complexe si la placenta n'est pas décollé. Il faut alors bien se garder de tirer sur le cordon sous peine de renverser l'utérus et d'amener des accidents et des hémorrhagies formidables. Il faut aussi proscrire l'emploi de l'ergot tant qu'il y a *quelque chose* dans la matrice.

On se contente de placer la femme en travers du lit et on saisit le cordon pour aller à la recherche du délivre que l'on cherche à décoller et dont on retire tout ce qu'on peut. On fait ensuite des injections antiseptiques que l'on renouvelle les jours suivants. Si quelque hémorrhagie consécutive se produit, on peut alors donner un peu d'ergot.

Dans l'avortement, deux cas peuvent se présenter : l'un commun, l'autre rare. Le commun, c'est le décollement et la rétention du placenta ; le rare, c'est le non-décollement du placenta continuant à vivre dans la matrice.

Dans le premier cas, expectation absolue tant qu'il n'y a pas d'odeur, c'est-à-dire tant qu'il n'y a pas de putréfaction ; mais intervention immédiate et par tous les moyens possibles, *excluant la violence*, dès qu'il y a putréfaction, afin d'extraire en tout ou partie le délivre ; pinces, curettes et injections antiseptiques, car si vous n'extrayez pas le placenta, la femme est morte.

Dans le second cas, le placenta est vivant, pas d'odeur : expectation et parer d'avance aux hémorrhagies qui vous surprendront fatalement, en préparant des tampons et en apprenant à quelqu'un de l'entourage à s'en servir en attendant l'arrivée du médecin.



31. — **Traitement de la métrite**, par le professeur Ch. Braun. — Si l'on est en présence d'une malade ayant une crise de métrite aiguë, on peut faire l'application au col de six sangsues que l'on renouvelle si la douleur continue. De plus, on emploie les douches utérines ascendantes d'eau tiède (31° centigrades), pendant 1/4 d'heure trois fois par jour.

Si, malgré les douches et l'application des sangsues, la douleur de l'utérus persistait, il faudrait faire usage de laudanum de Sydenham dont on verserait 10 grammes sur le col en se servant du spéculum. On y ajouterait ensuite de l'amidon avec une spatule de façon à en

faire une bouillie épaisse, et on laisserait ce mélange dans le vagin pendant quelques heures.



32. — Injections intra-utérines d'eau chaude dans les métrorrhagies rebelles. — Le Docteur Mekinsie a rapporté l'observation d'une malade, atteinte de métrorrhagies effroyables, qui avaient résisté à tous les moyens usités en pareil cas, chez laquelle l'emploi des injections d'eau chaude lui donna un résultat complet. Ces injections furent pratiquées avec le spéculum de Sims. L'eau avait une température de 43 degrés environ. Dès la première injection, l'arrêt de l'hémorrhagie fut presque instantané, et l'usage quotidien de ce mode de traitement produisit une guérison radicale.

Ajoutons que les injections d'eau chaude de 45° à 55° ont été très recommandées par Plaifair dans les métrorrhagies puerpérales alors que tous les autres moyens ont été mis en œuvre sans succès.



33. — Catarrhe vaginal chronique. — Le Professeur Ch. Braun indique les moyens suivants à opposer à cette affection, en général si tenace. Tantôt il conseille des injections quotidiennes d'alun d'après la formule suivante :

Alun	5 à 10 gr.
Eau distillée	400 gr.

Tantôt il emploie l'alun sous forme de poudre mélangée à l'amidon par parties égales.

A l'aide d'un spéculum, il remplit complètement le fond du vagin avec cette poudre, puis il place sur le tout un tampon de coton.

Dans d'autres cas, le professeur Braun emploie la pommande suivante, dont il enduit des bourdonnets de coton et dont il se sert pour tamponner le vagin.

Alun.	5 grammes.
Cérat.	20 —

⁂

34.— Les vomissements incoercibles de la grossesse et la méthode de Copeman. — La méthode, dite de Copeman, consiste dans la dilatation du col de l'utérus à l'aide du doigt.

Rosenthal, qui a expérimenté cette méthode, a constaté que le résultat immédiat et constant de la dilatation du col était la cessation des vomissements.

Ce fait vient à l'appui de ce que nous enseignons relativement à la dilatation du col, sous l'influence de laquelle on voit céder des hémorrhagies et de nombreux réflexes utérins dont la cause est méconnue.

***

35. — Des gerçures du mamelon comme cause d'infection puerpérale. — Kaltenbach a fait remarquer dans un travail publié dans le *Centralblatt für Gynækologie* que, dans le développement de la fièvre puerpérale, on tient peu de compte des gerçures du mamelon ; on ne s'occupe guère de celles-ci qu'au point de vue des accidents locaux douloureux et inflammatoires.

Dans son travail, l'auteur a soutenu l'idée de Spiegelberg qui considère que la gerçure est à l'abcès du sein ce qu'une plaie utérine est à la paramétrite.

La méthode antiseptique est donc le traitement rationnel auquel on doit avoir recours, et voici la manière de l'appliquer :

Quand la gerçure est petite, peu ancienne, il faut après chaque tétée faire un lavage avec de l'eau phéniquée à 3 ou 5 0/0, veiller à la propreté de la bouche de l'enfant et à ce qu'il n'ait pas le muguet. Si la gerçure est plus étendue, en outre du traitement ci-dessus, on placera sur le sein des compresses imbibées d'eau légèrement phéniquées, afin de le préserver de tout contact, et d'absorber le pus qui pourrait s'écouler.

Ce traitement, pratiqué avec soin, permet aux gerçures du sein de se cicatriser très rapidement.

***

36. — Traitement de la périmétrite (Ch. Braun). — Si la périmétrite est récente, l'auteur conseille l'application de 6 à 20 sangsues sur le bas-ventre, sur les grandes lèvres ou sur le col, suivant le siège de l'exsudat. Il fait ensuite badigeonner le bas-ventre à l'aide du glycéré suivant :

Glycérine neutre	50 grammes.
Iode.	0,40 centigr.
Iodure de potassium	2 grammes.

ou bien il fait usage de suppositoires ainsi composés :

Iode	0,50 centigr.
Iodure de potassium	2 grammes.
Beurre de cacao	Q. S. pour 10 supposi-

toires.

Le professeur Braun recommande l'emploi quotidien ou bi-quotidien d'un suppositoire contenant 1 gramme d'onguent mercuriel dans les cas de périmétrite ancienne, lorsque le bassin est envahi et particulièrement lorsque les plis de Douglas font partie de la masse inflammatoire.

***

37. — Traitement chirurgical du prurit vulvaire, par Otto Küstner. — Le prurit vulvaire est en rapport avec un écoulement vaginal ou utérin; si cet écoulement est récent, la guérison de l'affection causale par les moyens appropriés entraîne celle du prurit.

Il n'en est plus de même lorsque l'écoulement, déjà ancien, a amené une irritation invétérée de la muqueuse vulvaire. Dans ce cas, même après la guérison de l'affection vaginale ou utérine, le prurit persiste.

L'auteur indique, dans ce cas, le moyen suivant qui lui a réussi dans quatre cas. Il incise la partie de la muqueuse qui est le siège du prurit et réunit les bords de la surface à l'aide de sutures. La cicatrisation s'effectue promptement, et les douleurs disparaissent de suite après l'opération.

***

38 — Traitement de l'inappétence chez les femmes enceintes (Forwood). — Les troubles dyspeptiques sont fréquents chez les femmes en état de grossesse. En dehors des phénomènes vaso-moteurs qui se caractérisent par des gonflements de l'estomac, des poussées de chaleur au visage et de la propension au sommeil après les repas, il faut noter souvent aussi un dégoût marqué pour les aliments, dégoût qui peut aller jusqu'à la nausée et provoquer les vomissements, vomissements qu'il ne faut pas confondre avec ceux proprement dits de la grossesse qui sont un phénomène réflexe.

Dans ce cas, la mixture suivante, proposée par Forwood, donne de

bons résultats. Elle s'emploie à la dose d'un petit verre avant chaque repas.

Racine de colombo pulv. }	āā 15 gr.
Racine de gingembre pulv. }	
Feuille de séné	4 gr.
Eau bouillante	475 gr.

Faire infuser.



39.— Lienterie des enfants. — Dans les cas de lienterie rebelle chez les enfants de cinq à six ans, le docteur Simon, médecin de l'hôpital des enfants, prescrit, en même temps que les toniques, l'emploi des poudres digestives suivantes :

Poudre d'yeux d'écrevisses	1 gr.
Bicarbonate de soude	0,50 centig.
Magnésie	2 gr.
Colomb	0, 30 centig.
Noix vomique	0,10 ceutig.

Mêlez et faites 20 paquets.

Ces paquets s'administrent avant les deux principaux repas, soit dans de l'eau, soit dans du pain azyme. Si, à cet âge, l'enfant a quelque répugnance pour cette médication, on peut alors faire usage de la mixture suivante :

Teinture de quinquina	5 gr.
— rhubarbe	2 gr.
— colombo	2 gr.
— noix vomique	0,50 centigr.

Ce mélange se donne à la dose de 5 à 10 gouttes avant chaque repas, soit dans de l'eau pure, soit dans de l'eau mêlée à du vin de quinquina.

Il est bon d'ajouter à cette médication un régime spécial composé d'aliments réduits en pulpe, en raison de ce que les enfants avalent souvent sans prendre la peine de mastiquer les aliments.

En outre, on y adjoint l'usage des œufs, de la pulpe de viande passée, des légumes bien cuits, et, de temps en temps, des farineux azotés, comme la purée de pommes de terre ou de lentilles.

L'avantage de ce régime est d'offrir au suc gastrique des aliments dépourvus de fibrilles (viandes écrasées et passées) ou, tout au moins,

réduites à une telle ténuité, qu'elles ne peuvent s'interposer et empêcher l'action de la pepsine.

***

40. — De quelques remèdes propres à calmer les douleurs du cancer utérin (Dr LAWRENCE). — L'auteur, d'après une statistique de 20 à 30 cas, pense que, dans le cancer de l'utérus, l'ergot de seigle, administré à la dose de 1 gr. toutes les heures, soulage mieux que d'autres médicaments généralement usités. Il agit surtout en faisant disparaître ces douleurs pulsatilles, qui ne cèdent d'ordinaire que devant la métrorrhagie, par la diminінution qu'il produit dans l'afflux du sang dans la matrice.

Localement le Dr Lawrence conseille l'acide phénique de préférence à toute autre substance. Il applique, à l'aide d'un spéculum et d'un tampon d'ouate, sa solution concentrée sur les parties malades, et en outre, la malade doit faire, matin et soir, une injection d'un glycerolé d'acide phénique.

Enfin, l'auteur s'est aussi très bien trouvé de l'application de petits vésicatoires aux reins, pansés à l'aide d'une pommade à la morphine.

FORMULAIRE

La terpine dans les métrorrhagies névralgiques. (J. CHÉRON.) — Les térébenthines ont été employées en médecine depuis l'antiquité, et c'est plus particulièrement à la térébenthine du pin maritime que l'on a toujours donné la préférence, à cause de son prix peu élevé, conséquence de la facilité avec laquelle on se la procure.

Malheureusement cette substance, qui jouit de propriétés thérapeutiques remarquables, est assez mal supportée par l'estomac. Aussi, le professeur Lépine, de Lyon, a-t-il rendu un véritable service en étudiant les propriétés thérapeutiques de la *terpine*, qui est un bi-hydrate de térébenthine obtenu par l'action de l'acide azotique sur la térébenthine. Ce produit, cristallisé et à peu près sans saveur, est soluble dans l'alcool et forme avec la glycérine une gelée d'un goût très supportable.

C'est comme modificateur des sécrétions bronchiques que M. Lépine en a surtout préconisé l'emploi, mais il a rapporté aussi plusieurs cas

de névralgies guéries par l'administration quotidienne d'un gramme de terpine. Quelque temps après, M. Sée a signalé son action hémostatique dans les cas d'hémoptysie.

Cette substance a donc une action assez analogue à celle de l'essence de térébenthine; elle est plus active, et par conséquent, elle doit être administrée en moins grande quantité. En outre, elle n'a pas de goût; enfin elle ne produit pas cette sensation âpre, cette cuisson, cette salivation avec sécheresse de la muqueuse buccale; elle n'enlève pas l'appétit, et elle n'amène pas de vomissements, de coliques et de diarrhées comme la térébenthine.

« Quant aux névralgies viscérales, dit Trousseau, si rebelles, si communes surtout chez les femmes, elles sont plus efficacement combattues par l'essence de térébenthine que par tout autre médicament, et, chose singulière, les névralgies de l'estomac et de tous les viscères qui ressortissent plus spécialement du plexus solaire, sont celles qui obéissent le mieux à l'action de cet agent puissant. »

Or, la terpine agit, dans ce cas-là, exactement comme la térébenthine; on comprend donc son action dans le traitement des névralgies liées aux affections utérines et plus particulièrement dans celles qui s'accompagnent de métrorrhagies ou de troubles douloureux de l'appareil digestif.

C'est surtout en pilules et en cachets que l'administration de la terpine est facile. C'est à la dose de deux à trois pilules de 10 centigrammes ou de deux ou trois cachets de 10 centigrammes, pris avant chaque repas, que nous conseillons l'emploi de ce médicament.

Lorsqu'il a été administré pendant une huitaine de jours, après avoir donné les résultats qu'on en attendait, il faut en suspendre l'usage, pour le reprendre après un repos qui doit durer aussi longtemps que la sédation.

C'est une heureuse innovation que l'introduction de la terpine en médecine. Elle rend à la thérapeutique des maladies des femmes notamment un médicament précieux que son goût abominable et son action sur le tube digestif avaient fait reléguer dans l'oubli.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.



REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

LES PINCES A DEMEURE REMPLAÇANT LA LIGATURE DES VAISSEAUX DU LIGAMENT LARGE DANS L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. — LES IRRIGATIONS RECTALES SUBSTITUÉES AUX IRRIGATIONS VAGINALES. — LA CASTRATION DANS LES HÉMORRHAGIES DUES A L'EXISTENCE DES FIBROMES ET LES AUTRES MOYENS THÉRAPEUTIQUES.

L'hystérectomie vaginale, dans les cas de cancer de l'utérus, tirée de l'oubli par M. Demons, de Bordeaux, continue son chemin avec un certain succès. Le total des cas, opérés et publiés à Paris, est jusqu'ici de treize, sur lesquels on compte huit guérisons opératoires et cinq morts. Mais, de ces huit cas de guérison opératoire, il faut défalquer les récidives à courte échéance qui sont au moins de quatre, ce qui donne, jusqu'ici, quatre guérisons sans récidive immédiate et neuf morts. Ce résultat est-il encourageant ; ne l'est-il pas ? Avant de se prononcer, il faut attendre que les chirurgiens nous donnent, sur les résultats obtenus, des renseignements complémentaires.

Si nous parlons aujourd'hui de cette opération sans avoir à porter sur elle le jugement que l'avenir seul nous permettra d'asseoir, c'est dans le but de mettre en lumière une modification au procédé

opératoire, sur laquelle M. Richelot insiste, à propos de la dernière opération d'hystérectomie vaginale qu'il vient de publier, et où l'autopsie a montré une péritonite généralisée, que le chirurgien attribue au traitement des ligaments larges nécessitant des manœuvres longues et violentes qui ont pour but de placer des fils sur ceux-ci afin d'assurer l'hémostase.

L'introduction répétée des aiguilles et des doigts est dangereuse pour le péritoine pelvien, aussi M. Richelot conseille-t-il de ne plus mettre de ligature sur les ligaments larges, mais bien d'y placer deux longues pinces à forcipressure, qui resteront en place pendant vingt-quatre heures, et rempliront la double indication : assurer l'hémostase, abréger la durée de l'opération.

Il y a longtemps que nous avons vu employer ce moyen par M. Péan, avec un remarquable succès, dans son procédé de morcellement appliqué à l'ablation partielle ou totale de l'utérus, dans certains cas de tumeurs fibreuses et cancéreuses. Nous ne devons pas nous en étonner, puisque le procédé de forcipressure se substituant aux ligatures dans la plupart des opérations a surtout été érigé en méthode et appliqué sur une vaste échelle par le chirurgien de St-Louis.

Voici comment s'exprime M. Péan dans l'une de ses cliniques :

« Le morcellement avec le bistouri et les ciseaux présente de véritables difficultés lorsque le cancer qu'on a cru limité au col ou à la muqueuse du col a gagné les tuniques musculaires épaissies et rendues friables par les dépôts néoplasiques, en raison de la facilité avec laquelle le col et le corps de l'utérus se rompent sous les pinces. En pareil cas l'opération ne pourrait pas être terminée si on ne se servait de longues pinces hémostatiques que nous avons fait construire à cet effet. Il ne faut pas craindre de multiplier ces pinces, car, en pareil cas, il n'est pas rare de voir le tissu morbide déborder la tunique musculaire et pénétrer dans la base du ligament large, etc., etc. »

Nous voyons, d'après cela, que le procédé n'est pas nouveau ; mais il est bon, c'est tout ce que nous devons en retenir.



Le docteur Cortiguerra fait ressortir, dans une publication récente, la parenté pathologique qui unit les trois principaux systèmes qui occupent l'excavation pelvienne chez la femme. Le rectum, l'utérus et la vessie sont étroitement unis. Contiguïté, innervation et circulation communes sont des conditions favorables à la réaction de ces organes les uns sur les autres; c'est ainsi qu'une fistule anale peut être la cause de congestion ovarienne et que l'atonie du rectum ou son catarrhe peuvent amener un changement de position de l'utérus et quelquefois une congestion utéro-ovarienne, par suite de l'accumulation des matières fécales dures.

Des rétrécissements du rectum ont souvent produit l'aménorrhée, et les oxyures vermiculaires de l'anus déterminent un retentissement réflexe de nature congestive sur l'appareil ovarien, comme la fistule anale.

M. Cortiguerra fait ressortir ce fait, qu'il croit important de signaler, à savoir que le vagin n'absorbe pas, mais que le rectum au contraire est doué de propriétés absorbantes très actives et que, par conséquent, il y a tout lieu de confier à ce dernier les médicaments qui ont pour but d'agir sur l'appareil utéro-ovarien.

La chose est vraie, mais elle n'est pas nouvelle, et il est à présumer que l'auteur n'ignore pas l'usage des suppositoires à la belladone, à la morphine, etc., qu'emploient tous les médecins qui s'occupent quelque peu des affections de l'utérus.

Mais, ce qui est plus intéressant que cela et, je crois, plus nouveau, c'est la substitution des irrigations rectales chaudes aux irrigations vaginales dans quelques maladies utérines. Des recherches récentes poursuivies en France et à l'étranger ont démontré le pouvoir décongestif des irrigations vaginales à une température élevée (45 à 50 degrés). Il est fréquent de voir des malades qui supportent mal et d'autres qui ne supportent pas les irrigations vaginales.

Chez quelques autres, elles ne donnent pas d'excellents résultats, parce que l'installation est difficile et mal à la portée de tout le monde.

Dans des cas de ce genre où l'indication des irrigations vagi-

nales chaudes s'imposait, nous avons employé, avec succès, les irrigations rectales. Il suffit d'introduire, avec l'irrigateur, quatre ou cinq cents grammes d'eau chaude et de la faire rejeter deux ou trois minutes après. Plusieurs fois de suite, la même injection peut être faite et répétée dans la même journée.

Le voisinage si immédiat de l'appareil utéro-ovarien, le contact plus direct avec le corps de l'utérus, que l'injection vaginale n'atteint pas, sont des conditions qui nous ont permis souvent d'utiliser l'irrigation rectale et d'en obtenir des résultats bien supérieurs à ceux que nous avait donnés l'irrigation vaginale. C'est un moyen d'un emploi facile qu'on prescrira fréquemment lorsqu'on en aura, comme nous, constaté les bons résultats.



La chirurgie utérine continue à étendre son domaine. C'est ainsi que l'opération de la castration, proposée par Hégar et Battey, notamment dans les cas de fibrômes utérins, a été, dans ces derniers temps, l'objet de communications importantes à l'Académie de Médecine, à la Société de chirurgie et à l'Association médicale britannique.

Il faut le dire, les résultats sont de plus en plus encourageants.

Lawson Tait n'a eu que deux morts sur cent huit opérés, statistique remarquable, surtout si on la compare à celle qu'on trouve dans la thèse de M. Tissier (14 morts pour 0/0), qui comprend peut-être un certain nombre de cas incomplètement traités par la méthode antiseptique.

Malgré la statistique de Lawson Tait, il importe d'avoir épuisé tous les moyens fournis par le traitement médical, dont le nombre s'étend chaque jour et qui prennent une forme de plus en plus rationnelle, avant de songer à une intervention chirurgicale. Les conditions matérielles d'existence de certaines malades ne permettent pas qu'on leur donne tous les soins médicaux aptes à supprimer les hémorrhagies. Dans ces cas-là, mais dans ces cas-là seulement, l'intervention chirurgicale est un bienfait.

Nous avons eu à observer ou à traiter un très grand nombre de

cas de fibrômes dans ces quinze dernières années, et les résultats obtenus à l'aide des moyens thérapeutiques connus, l'oophorectomie mise à part (ergotine ou ergotinine, en injections sous-cutanées, intermittences rythmées du courant continu, hydrothérapie, dilatation du canal cervical dans le cas où la tumeur fibreuse fait partie de la paroi utérine), ne nous ont jamais laissé sans résultats satisfaisants. Ce dernier moyen, trop souvent négligé, possède cependant une action bien remarquable. Comme exemple à l'appui, nous n'en voulons citer qu'un cas, parmi les nombreuses observations que nous possédons.

Une malade, atteinte de métrorrhagies continuelles depuis trois ans, portait un fibrôme du volume d'une orange développé principalement dans la paroi postérieure de l'utérus et faisant corps avec cet organe, ce qui formait un ensemble globuleux sur lequel le col de l'utérus, long de trois centimètres à peu près et muni d'un canal cervical très étroit, semblait appliqué par sa base. De nombreuses injections d'ergotine avaient été faites ; l'hydrothérapie avait été employée sans succès. Cette malade était venue à notre clinique deux fois seulement, ne quittant plus son lit; elle n'avait pu être soumise aux intermittences rythmées du courant continu. La dilatation du canal cervical nous parut indiquée, par ce fait que la sonde utérine était arrêtée à un centimètre de profondeur par un repli de la muqueuse, indiquant une évolution morbide de celle-ci, dont le rôle dans l'hémorrhagie commence à être connu et à se répandre dans la science. La dilatation fut donc pratiquée à l'aide de sondes graduées et portée en vingt jours à ce point de permettre le passage d'une sonde mesurant 8 millimètres de diamètre. Concurremment, les injections d'ergotine furent reprises et, sous cette double influence, les métrorrhagies furent arrêtées, et permirent, dès ce moment, le retour à la santé.

Comme nous le disions dans notre précédente Revue, la gynécologie se préoccupe un peu trop, en ce moment, de l'intervention que peut lui apporter la grosse chirurgie ; il y a, à côté de cette dernière, une chirurgie qui, quoique moins brillante et moins susceptible d'attirer l'attention, mérite une étude sérieuse

et approfondie, car le nombre des services qu'elle peut rendre est incalculable.

J. C.

DES ULCÉRATIONS DU COL DE L'UTÉRUS [1]

Par le docteur L. NAUDIN
Ancien interne de Saint-Lazare.

—

Traitement. — Le traitement des ulcérations du col doit être tout à la fois général, local et spinal, c'est-à-dire qu'il devra s'attaquer à la lésion, à la souffrance médullaire (névralgie lombo-abdominale) et aux troubles de l'organisme produits sur la lésion (réflexes utérins), tout en combattant l'état constitutionnel qui favorise l'évolution morbide de la lésion. Abordons le traitement de l'état constitutionnel.

Arthritis. — La médication par excellence des affections arthritiques est la médication alcaline, représentée par le bicarbonate de soude et de chaux et les sels de lithine. En excitant la peau, cette médication peut produire une action révulsive et substitutive. Par son action excitante, elle rend les digestions plus faciles et les selles plus régulières. Aussi M. Bazin et, depuis, M. Martineau ont-ils attaché une grande importance à l'administration des eaux minérales dans les affections arthritiques ; nous avons également expérimenté ce traitement, qui nous a donné de bons résultats. Malheureusement, le prix de revient des eaux minérales naturelles étant trop élevé, nous n'avons pu en faire usage dans notre service, et nous avons cherché à y remédier de notre mieux.

Nous employons le bicarbonate de soude, à la dose de 2, 4, 8 grammes en solution, que nous faisons prendre au moment du repas. Nous employons également le benzoate de soude, à la dose de 20 à 50 centigrammes par jour. Enfin, nous donnons parfois le carbonate de lithine, à la dose de 20 à 40 centigrammes.

(1) Voir la Revue de novembre, décembre 1885 et janvier 1886.

De plus, pour que l'action directe se produise, nous faisons prendre deux fois par semaine à nos malades des bains additionnés de 100 à 125 grammes de carbonate de soude.

Lorsqu'il est possible de soumettre les malades à une médication minérale naturelle, voici les sources qui paraissent produire les meilleurs effets.

Les eaux de Vichy, par leur action résolutive et fondante, doivent être ordonnées aux femmes pléthoriques dont l'engorgement utérin est considérable.

Lorsqu'au contraire les malades sont anémiques, débilitées, affaiblies par la souffrance, et, outre leurs ulcérations, sont atteintes d'un catarrhe abondant, il vaut mieux prescrire les eaux bicarbonatées et ferrugineuses tout à la fois : Royat, par exemple.

Enfin, si les symptômes douloureux prédominent, et que les malades se trouvent dans un état de nervosisme pouvant devenir inquiétant par la suite, les eaux de Plombières et de Néris sont indiquées.

Herpétis. — L'arsenic est le médicament véritablement spécifique de l'herpétis. Pour que son action soit bien manifeste, le traitement doit être prolongé. Nous l'administrons à la dose de 4 milligrammes par jour ; c'est en général l'arséniate de soude que nous choisissons. Nous y joignons les bains arsenicaux et sulfureux, qui agissent d'une façon très efficace.

Les sources minérales les plus indiquées sont celles de la Bourboule et du Mont-Dore. Si toutefois les malades sont très anémiées, on peut choisir des eaux contenant du fer et de l'arsenic : Bussang, Vichy (source Lardy), Vals (source Dominique), par exemple. Enfin si la névralgie lombo-abdominale est intense et n'est pas améliorée par le traitement sédatif local, les eaux de Saint-Sauveur sont préférables.

Scrofule. — Dans la scrofule, c'est à la médication tonique par excellence qu'il faut avoir recours ; l'huile de foie de morue, l'iode et le fer se présentent donc tout naturellement à nous. Nous donnons l'huile de foie de morue à la dose de 40 grammes par jour ; et l'iode à la dose de 5 gouttes à chaque repas. Nous y joignons

le vin de gentiane, le sirop antiscorbutique, les pilules de Vallet et le vin de quinquina.

De plus, chaque malade prend tous les deux jours un bain sulfureux ou un bain additionné d'une solution d'arséniate de soude et chlorure de sodium. Pendant toute la durée du bain, les femmes emploient la canule vaginale, qui permet au vagin et au col utérin d'être en contact direct avec la substance médicamenteuse. Des injections vaginales faites avec cette solution étendue nous ont donné de bons résultats.

Quant aux sources thermales, il faut avant tout choisir celles qui renferment le chlorure de sodium, le brôme et l'iode en assez grande quantité. Bourbonne-les-Bains et Bourbon-l'Archambault sont choisies de préférence. M. Martineau, dans sa thérapeutique des affections scrofuleuses, insiste tout particulièrement sur ces deux stations (1).

Traitement spinal. — La coïncidence des névralgies lombo-abdominale et lombo-sacrée avec les affections de l'appareil utéro-ovarien est un fait d'observation quotidienne. Elle a été constatée par de nombreux auteurs : Neucourt, Axenfeld, A. Tripier, par exemple. M. le Dr Chéron y attache une grande importance dans toutes les lésions utérines. Les points douloureux dont l'existence n'est pas toujours révélée par les malades, sont habituellement au nombre de deux ou trois ; ils siègent sur les côtés des vertèbres lombaires, plus rarement au sommet des apophyses épineuses ; mais ceux qui font plus rarement défaut sont ceux qui siègent au point d'émergence des petits sciatiques et au niveau des articulations sacro-coxales.

Nous faisons frictionner nos malades matin et soir sur la région malade, où nous faisons appliquer une compresse imbibée du mélange suivant :

Chloroforme..............	10 grammes.
Éther sulfurique.........	15 —
Laudanum de Syd.........	6 —
Glycérine	90 —

(1) Martineau. *Traité clinique des affections de l'utérus*, page 265.

Si les frictions ne produisent pas un effet suffisant, nous avons alors recours aux révulsifs : teinture d'iode, vésicatoires et pointes de feu.

Traitement local. — Le traitement local des ulcérations du col doit avoir pour but de modifier l'état du col. Il a donc une importance capitale. On pourrait, il est vrai, par un traitement général bien entendu, obtenir une amélioration notable de l'état du malade ; mais arriver à une guérison complète, qu'il nous soit permis d'en douter. C'est donc la congestion utérine, point de départ de toute ulcération du col, que nous aurons d'abord à combattre. Nous commençons toujours par employer les pansements décongestionnants ; puis les scarifications. Dans les ulcérations fongueuses, nous appliquons des pointes de feu ; enfin, dans les cas très graves, nous avons recours à l'ablation du col. Nous allons passer successivement en revue ces divers traitements.

I. Pansements exosmotiques. — Les pansements sur le col de l'utérus peuvent agir comme topiques modificateurs d'une surface ulcérée, comme moyens calmants, comme antiphlogistiques ou comme résolutifs. Aussi pouvons-nous les employer également pour combattre la congestion et pour modifier l'ulcération.

On a essayé successivement les pansements avec des tampons d'ouate imprégnés de poudres inertes, absorbantes, styptiques ou astringentes. On a fait ensuite des pansements avec des pommades mercurielles ou iodurées, avec le chlorure de zinc et la teinture d'iode. On a expérimenté les suppositoires vaginaux ; nous pouvons citer ceux de Simpson, à la belladone et à l'extrait thébaïque ; nous citerons également les cataplasmes intra-vaginaux de Lisfranc.

Enfin, nous arrivons à une substance remplissant à elle seule toutes les indications : c'est la glycérine. Le pansement exosmotique pratiqué avec la glycérine, chargée ou non de principe médicamenteux, est connu de longue date ; mais si les travaux d'ordre chimique parus sur la glycérine sont nombreux, ceux qui ont trait à ses propriétés thérapeutiques sont, au contraire, fort rares. La première étude sur ce sujet fut faite par Demarquay en 1867. Le pouvoir déshydratant de la glycérine, son affinité pour

l'eau des tissus, y est déjà signalée. M. Demarquay a constaté qu'en appliquant sur une surface dénudée de la glycérine, au moyen d'un linge troué recouvert de charpie, on constate, au bout d'un certain temps, l'imprégnation de cette charpie par l'humidité, en même temps que la surface saignante est presque sèche, que son exhalation est tarie et qu'elle tend à se recouvrir d'une pellicule cicatricielle. La glycérine est donc cicatrisante.

En 1858, M. Lecointe, en rapportant des observations de vaginite chronique, traitée par le pansement glycéro-tannique, signale dans l'une d'elles un écoulement considérable de sérosité survenu sous l'influence du pansement.

M. Sérais, en 1868, dans ses *Principes de chirurgie utérine*, signale aussi l'écoulement d'un liquide aqueux, survenu sous l'influence de l'application de tampons d'ouate imbibés de glycérine et appliqués sur le col. Il en conseille l'usage après les opérations et attribue à ce mode de pansement une sérieuse action anti-inflammatoire.

Nous employons ce pansement de la façon suivante : Après avoir introduit le spéculum et avoir abstergé le col à l'aide de l'ouate ou d'un bourdonnet de charpie, nous plaçons sur le col un tampon d'ouate sur lequel est fixé un cordonnet de coton ou un fil fort à six ou huit chefs, imbibé de glycérine, et nous le laissons en place ; la malade le retire elle-même le lendemain matin. Nous renouvelons ce pansement tous les deux jours, et il nous est arrivé très souvent, après dix ou douze pansements, de trouver un col décongestionné et revenu à son état normal. Nous donnons, du reste, à la fin de cette thèse, deux observations de malades soumises à ce traitement et guéries en quinze jours.

Nous terminerons cette étude de la glycérine en relatant une expérience faite par M. Chéron dans son service et qui prouve bien l'action décongestionnante de cette substance. Un tampon d'ouate imbibé de vingt grammes de glycérine d'une densité de 1,260, marquant 30° Baumé, fut placé, à l'aide du spéculum, en contact avec le col utérin. Son poids, déterminé d'abord, fut trouvé représenté par 23 grammes.

Un tampon d'ouate sèche du poids de 25 grammes fut placé à

la vulve, destiné à arrêter tout écoulement d'eau et de tout autre liquide ayant tendance à se faire par cet orifice naturel. Le tout fut laissé en place pendant huit heures, après quoi le tampon intérieur et le tampon extérieur furent retirés et pesés séparément.

Au lieu de 23 grammes, le tampon glycériné ne pesait plus que 14 grammes, et la masse d'ouate placée à la vulve, s'étant imbibée d'un liquide aqueux, avait acquis un poids de 205 grammes.

En supposant au liquide qui s'écoule et à la glycérine une densité égale, ce qui est la vérité à peu de chose près, le tampon intérieur ayant perdu $23 - 14 = 9$, la quantité de liquide exosmosé par la glycérine serait égale à $205 - (9 \times 25)$, soit 171 grammes, quantité qui représente huit fois et demie le poids de la glycérine employée.

II. Pansements osmotiques composés.—Les pansements osmotiques composés sont nombreux ; on a employé le tannin, l'acide picrique, l'acide salicylique, le bicarbonate de soude ou de potasse, les sulfates de cuivre, de zinc et de fer. Voici les résultats obtenus.

Nous ne pouvons mieux faire ici que de citer les expériences de Graham, le seul auteur ayant fait de nombreuses expériences comparatives sur le pouvoir osmotique de ces substances. Il se servait de solutions à un pour cent, et, d'après leurs pouvoirs osmotiques, divise les substances en quatre catégories :

1. Corps doués d'un pouvoir osmotique faible : le tannin.

2. Corps à osmose moyenne, les acides à action moyenne.

3. Tous les acides minéraux et les sulfates alcalins et tous les sels, sauf les deux suivants.

4. Le carbonate de soude et de potasse.

Nous ne pouvons énumérer ici toutes les substances qui ont été employées successivement pour décongestionner le col ; nous citerons toutefois l'iodoforme, le tannin et l'alun, qui nous ont donné souvent de bons résultats.

Un pansement très souvent employé et qui nous a toujours donné de bons résultats, est l'application d'un tampon imbibé de coaltar saponiné. Le coaltar joint à une grande énergie d'action

une innocuité absolue. C'est le Dr Beau (1), professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine navale de Toulon, qui l'a employé le premier. Le coaltar a un grand avantage sur l'acide phénique, c'est qu'il est plus stable et s'évapore moins facilement.

Émissions sanguines. — Une des grandes méthodes employées actuellement pour décongestionner le col utérin et guérir les ulcérations, est la méthode antiphlogistique, et les émissions sanguines en sont l'agent principal. Nous les trouvons signalées dans un grand nombre d'auteurs et partout suivies des meilleurs résultats. Ces émissions sanguines peuvent être faites au moyen de la scarification ou de l'application de sangsues.

En 1640, Zacutus Lucitanus préconise l'application de sangsues (2). En 1850, Guilbert, en France, et Kiwsh, en Allemagne, indiquent le même moyen. En 1852, Mayer de Belfort donne trois observations suivies de guérison. — Gallard et Courty préfèrent les sangsues. M. de Sinéty conseille les émissions sanguines peu abondantes, mais répétées ; West et Duncan, en Angleterre, les conseillent également. Enfin, en 1880, MM. Terrillon et Auvard font paraître un mémoire sur le traitement de la métrite parenchymateuse, où ils citent plusieurs observations de malades guéries par ces émissions sanguines ; ils préfèrent la scarification à l'application de sangsues.

Disons quelques mots des divers traitements employés. Pour l'application des sangsues, il faut, le spéculum étant en place, nettoyer convenablement le col à l'aide d'une injection d'eau tiède, placer ensuite une boulette de charpie dans l'orifice du col, pour empêcher les annélides de pénétrer dans la cavité utérine. Les sangsues prennent ordinairement assez vite, mais il faut avoir soin d'appuyer sur le spéculum, afin d'éviter qu'il s'écarte du col et qu'il laisse ainsi les sangsues s'égarer sur les parois vaginales. L'application des sangsues est en général peu douloureuse ; M. Courty a vu cependant des douleurs intenses se produire dans les cas d'ulcération. M. le Dr A. Guérin a constaté que l'application

(1) Beau. *Archives de médecine navale*, années 1872-1873.

(2) Thèse de Boda ; Paris, 1875.

des sangsues déplaçait parfois la douleur, et que la cause de ce changement résidait dans l'inflammation des ganglions lymphatiques au niveau des vaisseaux iliaques.

Nous n'employons que très rarement les sangsues pour diminuer la pléthore utérine et préférons les scarifications. Nous nous servons habituellement d'un bistouri ordinaire à manche un peu long, et nous faisons sur la muqueuse un certain nombre d'incisions n'ayant jamais plus de 1 à 2 millimètres de profondeur. Ces incisions sont généralement au nombre de cinq ou six sur chaque lèvre ; le nombre varie, du reste, suivant la quantité de sang que nous désirons obtenir.

Nous n'employons jamais le scarificateur de Roath ni la ventouse à pompe de Collin, le bistouri seul suffisant parfaitement. Nous laissons le spéculum en place quelques minutes, et lorsque nous avons obtenu la quantité de sang que nous désirons, nous essuyons le col au moyen d'un bourdonnet de charpie et recouvrons ce col d'un tampon d'ouate imbibé de glycérine et muni d'un fil. Si l'écoulement persiste, nous arrêtons l'hémorrhagie au moyen d'un bourdonnet de charpie imbibé de perchlorure de fer ; dans les cas extrêmes, nous pratiquons le tamponnement. La quantité de sang fournie par une séance est en moyenne de 20 à 30 grammes. Pendant la journée, la malade éprouve habituellement un soulagement notable, la pesanteur et les douleurs abdominales diminuent très sensiblement ; le lendemain, le soulagement continue et est même plus marqué que la veille. Les jours suivants, ou le soulagement se maintient, ou les douleurs reviennent, indiquant que la congestion tend à se rétablir de nouveau dans l'organe malade.

Nous n'avons jamais eu d'accidents ni de complications, malgré le grand nombre de scarifications que nous avons eu l'occasion de faire ; mais il est vrai de dire que nous avons toujours eu soin de faire garder le repos au lit à nos malades après chaque opération, et que nous attendons toujours sept à huit jours avant de faire une nouvelle série de scarifications, et nous avons vu maintes fois, à la troisième séance, l'utérus revenir à son volume ormal.

Cautérisations du col. — Il est souvent utile d'avoir recours à des caustiques pour modifier la surface du col. Le nitrate d'argent à l'état solide ou en solution est fréquemment employé ; mais ce moyen n'est pas sans danger ; c'est, il est vrai, un caustique léger, qui détermine une inflammation très superficielle, mais on a vu parfois cette inflammation se propager par le réseau lymphatique sous-épithélial, et donner lieu à des lymphangites péritonéales graves. De plus, dans la période congestive, les cautérisations au nitrate d'argent ont une influence plus nuisible qu'utile ; car, sous leur influence, la surface ulcérée bourgeonne de plus en plus. On peut, lorsqu'une ulcération devient fongueuse, se servir du nitrate d'argent ; mais il est bon d'activer son action à l'aide du zinc métallique, ce qui produit une cautérisation plus sérieuse et sans propagation inflammatoire. Le mode d'emploi est très simple ; il suffit, lorsque l'ulcération a été touchée au nitrate d'argent, de la toucher également avec le crayon de zinc métallique. Dans la cautérisation avec le nitrate d'argent, la réduction de l'argent métallique se fait avec une certaine lenteur, et la modification des tissus est due à leur imprégnation par l'argent métallique et par la réaction chimique en même temps qu'à la coagulation de l'albumine du liquide qui baigne la surface ulcérée. Lorsqu'à cette cautérisation on ajoute le zinc métallique, la réaction chimique est plus énergique, puisqu'au contact de ce dernier métal la réduction de l'argent est intantanée et l'intensité des forces physiques mises en jeu plus considérable ; la modification des tissus organiques en est d'autant plus profonde et plus rapide.

Les autres caustiques employés sont : le nitrate acide de mercure, l'acide sulfurique et l'acide azotique, enfin les acides acétique et chromique. Mais nous avons obtenu des résultats tellement satisfaisants en employant l'ignipuncture, que nous avons presque totalement abandonné les autres modes de cautérisation.

L'ignipuncture, consistant en l'introduction, dans les tissus vivants, d'une pointe de feu effilée et chauffée au rouge cerise, et ayant pour but de déterminer, non une action substitutive et destructive, mais limitante et éliminatrice, a été imaginée par M. le

professeur Richet, en 1847. Le premier travail que nous trouvons sur ce sujet est du Dr Trapenard. Nous trouvons ensuite le travail du professeur Courty et la communication qu'il fit sur ce sujet au congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, tenu à Clermont-Ferrand en 1876. Depuis longtemps, les gynécologues ont expérimenté les pointes de feu dans la thérapeutique utérine et ont obtenu de bons résultats.

Le thermo-cautère Paquelin et les petits cautères très fins et très longs pour l'ignipuncture du col, en rendent le manuel opératoire facile.

Hâtons-nous de dire, cependant, que nous ne traitons pas toutes les ulcérations du col indistinctement par les pointes de feu, mais que nous les réservons pour ces vastes ulcérations fongueuses, végétantes qui occupent généralement les deux lèvres du col et sont toujours si rebelles aux autres traitements.

Il faut se servir d'un spéculum plein ; mais il nous est arrivé parfois d'employer le spéculum de Cusco ; lorsqu'il est en place et que le col est découvert, nous prenons une carte de visite, que nous roulons en cylindre, et que nous introduisons dans le spéculum jusqu'aux culs-de-sac. Ce simple carton protège parfaitement les parois vaginales et, doublant le spéculum, arrête le rayonnement.

Nous introduisons notre pointe dans l'épaisseur du col, parallèlement à l'axe de sa cavité et à une profondeur variant entre 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres; on retire aussitôt la pointe et on fait arriver un courant d'eau froide sur le col au moyen d'un siphon.

Quant au nombre de pointes ignées qu'il faudra faire, nous ne sommes pas d'accord avec la plupart des gynécologues, qui ne font pénétrer dans le col qu'un nombre de pointes ignées qui ne dépasse jamais huit ou dix ; nous en appliquons le plus grand nombre possible, bien entendu en rapport avec l'étendue de la lésion ; nous avons vu M. Chéron, à qui est dû ce nouveau mode opératoire, appliquer jusqu'à 90 flèches ignées en une seule séance, terminant en une fois ce que d'autres font en un grand nombre de séances ; nous avons de cette façon une grande surface de

suppuration et nous évitons ainsi les séances répétées, toujours désagréables pour les malades et chaque fois dangereuses.

Nous employons ensuite le pansement glycériné simple, qui s'oppose à l'entrée des germes venus du dehors et agit en même temps comme dépléteur de l'organe. Nous prescrivons à la malade le repos au lit pendant les premiers jours de l'opération, la glace sur le ventre, et nous administrons à l'intérieur, pendant quelques jours, 20 centigrammes de sulfate de quinine, une potion à l'aconit et au bromure de potassium, pour calmer l'excitabilité du système nerveux, et quelques laxatifs.

Le nombre de fois qu'il faut pratiquer cette opération dépend de la marche de l'affection et de sa durée. Avec le mode opératoire que nous préconisons, une opération suffit habituellement ; deux sont rarement utiles. Mais si une première application de flèches ignées n'a pas produit un résultat satisfaisant, il faut attendre, pour en faire une seconde, que la cicatrisation soit finie, et ne pas opérer dès que les eschares sont tombées.

Nous avons employé fréquemment après l'opération des injections vaginales avec une solution d'acide picrique au centième, que nous considérons comme un très bon antiseptique et qui nous a toujours donné de bons effets et un pansement glycériné (occlusion et antisepsie).

On a rarement recours aux amputations du col dans les cas d'ulcération. Cette opération ne serait absolument indiquée que si l'on se trouvait en présence d'un ectropion énorme venant faire saillie dans le vagin.

C'est actuellement le fil galvano-caustique qui sert à cette opération ; il nous semble inutile de la décrire, puisque nous n'y avons, pour ainsi dire, jamais recours dans le traitement des ulcérations du col.

Conclusions I. — C'est d'après la nature de la lésion qu'il convient de classer les ulcérations simples du col.

II. — L'état constitutionnel (herpétis, arthritis, lymphatisme) imprime à l'ulcération un cachet spécial qui permet d'apprécier le rôle que joue cet état constitutionnel dans l'évolution morbide de l'ulcération.

III. — L'ulcération simple du col a pour siège exclusif la muqueuse du canal cervical, étalée par propulsion sur les lèvres de cet organe.

IV. — Le phénomène pathogénétique qui préside à l'ulcération du col est le suivant : La congestion, *punctum initium* de toute affection utérine, une fois établie, l'œdème ou la prolifération du tissu conjonctif sous-muqueux du canal cervical (ce dernier cas plus rare) fait que la muqueuse intra-cervicale, augmentée de volume, est forcée de s'échapper au dehors, où elle vient s'étaler sur les lèvres du col en les renversant. Cette lésion produit la desquamation épithéliale, l'altération de tel ou tel élément anatomique, et la formation du tissu inflammatoire, tous phénomènes dont l'ensemble représente l'état morbide du col dénommé ulcération.

V. — L'ulcération a donc pour point de départ une endométrite cervicale ; c'est ce qui explique la situation de l'ulcération, gravitant toujours autour du méat.

VI. — En dehors de l'état constitutionnel et des causes locales, l'ulcération du col s'entretient et s'exaspère sous l'influence d'une souffrance de la moelle localisée à la région lombo-sacrée, souffrance dont les névralgies lombo-abdominale et lombo-sacrée sont la caractéristique.

VII. — L'ulcération du col est une lésion facile à reconnaître par l'examen direct et à relier à l'état constitutionnel du sujet. La souffrance réflexe des organes éloignés, en dehors des phénomènes locaux, en doit souvent faire soupçonner l'existence.

VIII. — Le pronostic de l'ulcération du col est toujours favorable au point de vue de la lésion elle-même, ce qui n'empêche pas celle-ci d'altérer parfois profondément la santé, lorsque, faisant fausse route, on porte l'attention sur les réflexes utérins sans tenir compte de la lésion.

IX. — Le traitement des ulcérations du col comporte trois ordres d'indications :

1. Celles qui sont relatives à l'état local.

2. Celles qui sont relatives à l'état spinal.

3. Celles qui sont relatives à l'état constitutionnel et à l'état général.

. . . . . .

CLINIQUE DE L'HOSPICE S^T-LAZARE

(J. Chéron)

—

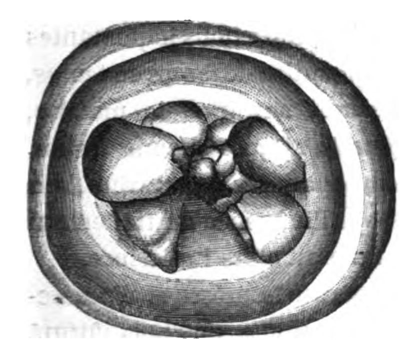
Diagnostic : col en champignon. Pronostic : Troubles réflexes graves. — Observation.— Opinion et observation de Breisky.
Marche — durée — terminaison.
Traitement : La dilatation, l'excision, l'ignipuncture.
L'opération d'Emmet remplacée par l'ignipuncture.
Les cautérisations potentielles — la galvano-caustie chimique — le traitement de la névralgie lombo-abdominale.

Le diagnostic de l'ectropion du canal cervical est facile, alors bien entendu que cet ectropion est complet et que la muqueuse du canal cervical s'étale sur les lèvres du col renversées.

L'examen au spéculum qui permet d'apprécier la différence de coloration, le toucher grâce auquel on constate le renversement des lèvres du col en champignon et le boursouflement de la muqueuse du canal, ne peuvent laisser le moindre doute dans un esprit tant soit peu exercé. Mais, il n'en est plus de même, lorsque la muqueuse atteinte d'ectropion, a été modifiée par des attouchements thérapeutiques (teinture d'iode, nitrate d'argent ou acide chromique). Elle a perdu sa coloration rouge intense pour prendre celle des lèvres du col et, dans ce cas-là, ce n'est qu'une scrupuleuse attention qui permet de distinguer au fond du spéculum, cette portion de muqueuse cervicale qui a changé son épithélium cylindrique contre un épithélium pavimenteux et perdu sa coloration propre. C'est alors que le toucher peut faire reconnaître ce qu'un œil peu exercé est inhabile à distinguer ; en effet, il constate l'absence ou l'existence du renversement en champignon des lèvres du col. Ce renversement, c'est plus qu'une

présomption, c'est une certitude que la muqueuse du canal cervical est étalée sur les lèvres du col.

En somme renversement des lèvres du col en champignon, étalant au dehors la muqueuse cervicale et, dans le cas de prolapsus, masse globuleuse à l'orifice du canal cervical avec une coloration identique à celle de ses lèvres, mais le plus souvent différente de celles-ci : présence de petits kystes (œufs de Naboth)



Prolapsus de la muqueuse cervicale divisé en mamelons par des cautérisations ignées insuffisantes, considéré comme un carcinome.

ou de glandes obturées pleines de pus, simulant des pustules d'acné, tels sont les signes qui permettront de reconnaître l'ectropion de la muqueuse du canal cervical, avec ou sans prolapsus, sans oublier toutefois la présence de l'arbre de vie sur la muqueuse renversée si elle n'a pas été modifiée par des attouchements thérapeutiques.



L'ectropion du canal cervical auquel on ne porte pas remède amène des conséquences qui permettent de porter un pronostic d'autant plus fâcheux que cette affection reste plus longtemps sans traitement.

En effet, la muqueuse cervicale représente le point réactionnel par excellence de l'appareil utéro-ovarien. Toutes les lésions de cette muqueuse, aussi légères qu'elles soient, donnent lieu à des réflexes plus ou moins graves. Nous trouvons dans le travail d'Engelmann sur les névroses menstruelles un certain nombre d'observations où ces accidents réflexes se sont développés sous l'influence de l'endométrite. Comme il nous a été donné d'observer un

grand nombre de cas de ce genre, permettez-moi de vous en citer un, intéressant entre tous les autres.

Je reçus, il y a quelques années, la visite d'une dame, âgée de 40 ans, atteinte de crises hépatiques fréquentes avec congestion du foie, en rapport, disait-elle, avec une maladie de matrice, consécutive à un accouchement datant de vingt années.

Elle disait la matrice guérie depuis longtemps, et elle s'étonnait de voir ses crises hépatiques augmenter de fréquence et d'intensité, son amaigrissement prendre des proportions inquiétantes et quelques crachats sanguinolents apparaître de temps en temps, après une quinte de toux. Elle désirait savoir si la matrice, comme elle le supposait, n'était plus le siège d'aucune lésion, parce que elle se rappelait que quelques années auparavant, son état général ne s'était amélioré que sous l'influence du traitement de la maladie de matrice dont elle ignorait alors l'existence.

L'examen de l'utérus nous fit reconnaître la présence d'un ectropion volumineux (prolapsus) ; gros comme une noix, formé par la face antérieure du canal cervical propulsée au dehors.



Prolapsus ulcéré de la muqueuse cervicale sur un col conique en allongement hypertrophique ; amputé.

L'indication se présentait, nette et précise, de pratiquer l'ablation de cet ectropion; mais étant donné le mauvais état général de la malade, je ne voulus pas intervenir chirurgicalement, avant de m'être concerté à ce sujet avec un confrère distingué, M. Huchard, qui voulut bien venir examiner avec moi la malade.

Du côté du poumon droit, nous trouvâmes des craquements humides et des cavernules en haut et en arrière. Le sommet du poumon gauche était le siège d'une congestion à laquelle on pouvait attribuer les crachements de sang, répétés depuis quelques semaines. Le foie débordait les fausses côtes de quatre travers de doigts vers la région épigastrique.

L'ablation de l'ectropion fut approuvée, voire même conseillée par notre confrère et l'opération fut résolue. Un évidement de deux centimètres de profondeur, atteignant l'isthme fut pratiqué avec le couteau galvanique. Toutes les précautions habituelles furent prises : séjour au lit, glace sur l'hypogastre, pansements osmotiques quotidiens, bromure de potassium, aconit et sulfate de quinine. Tout se passa bien et deux mois plus tard la cicatrisation était complète.

Pendant tout ce temps-là, d'abord, il n'y eut pas de crises hépatiques, sa dyspnée disparut et aucun crachement de sang ne se produisit pendant toute cette période.

A la fin du troisième mois depuis l'opération, M. Huchard et moi, nous nous retrouvâmes auprès de la malade. Notre confrère fut très frappé de la grande amélioration survenue dans l'état local aussi bien que dans l'état général : plus de craquements humides dans le poumon droit, plus de congestion dans le poumon gauche, plus de crises hépatiques, plus de dypsnée, plus de toux ni de crachements. En somme, une véritable résurrection.

La malade fut engagée à continuer le traitement reconstituant qu'elle suivait déjà depuis longtemps, et qui était resté sans résultat avant l'intervention chirurgicale du côté de l'ectropion de la muqueuse du canal cervical.

Je revois la malade de temps en temps ; sa santé se maintient et elle n'a eu qu'une seule crise hépatique depuis deux ans ; rien de nouveau ne s'est produit du côté des poumons. L'état général reste satisfaisant.

Voilà donc une malade atteinte, sans hérédité, de lésions pulmonaires de la forme la plus grave que nous jugeons développée sous l'influence d'une maladie utérine : ectropion globuleux de l'une des faces de la muqueuse du canal cervical.

L'amélioration survenue du côté du poumon, sous l'influence de l'intervention chirurgicale, démontre ce que pouvait devenir cet organe, si on ne fût pas intervenu du côté de l'ectropion.

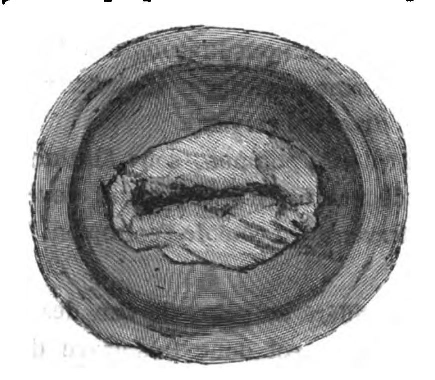
Le pronostic de l'ectropion, considéré au point de vue des accidents réflexes qu'il peut produire, est donc très grave dans

certaines circonstances ; aussi ne faut-il pas perdre de vue que toute lésion concomitante d'organes éloignés doit entrer en ligne de compte dans l'appréciation du pronostic des altérations de la muqueuse du canal cervical.

Je citerai, en terminant, ce qui est relatif au pronostic de l'ectropion, l'opinion de Schultze et celle de Brieisky.

D'après le premier, l'ectropion a une part importante dans la production des souffrances et dans les troubles de la nutrition générale qui forment le cortège habituel de la métrite chronique. Le professeur de Clinique Gynécologique à l'Université d'Iéna, dont je cite les propres paroles, ajoute : « Le col renversé prend part, dans la majorité des cas, à la régression sénile de l'utérus; cependant, il pourrait ne pas en être ainsi, et l'ectropion du col pourrait avoir sur l'état général de la malade, bien au-delà du temps de la ménopause, une influence plus considérable que nous ne le savons. »

Il partage en outre complètement l'opinion de Brieisky qui a rapporté un grand nombre d'observations, d'après lesquelles, la cause du carcinôme utérin reposant dans une irritation de la muqueuse, c'est l'ectropion de la muqueuse du canal cervical renversée au dehors, qui, se trouvant exposée aux causes les plus nombreuses d'irritation, est dans les conditions les plus favorables au développement de cette affection. On se rappellera que dans son aspect primitif et dans son développement ultérieur, le carcinôme de l'utérus présente l'image d'un ectropion qui a pris de grandes proportions et on ne sera pas éloigné, dès lors, d'attribuer



Prolapsus de la muqueuse du canal cervical, lisse, ayant pris la coloration des lèvres du col. Non traité.

une importance encore plus grande à l'ectropion, non seulement au point de vue du pronostic, mais encore au point de vue de l'étiologie du cancer du col.

Suivant que l'on considère l'une ou l'autre forme d'ectropion, on se trouve en présence d'une marche rapide ou d'une marche lente.

L'ectropion par renversement des lèvres, consécutif à l'accouchement ou à la fausse couche, se fait rapidement par le mécanisme suivant : aussitôt après l'expulsion du produit de la conception, le col, ainsi que le fait l'utérus, revient sur lui-même, mais le parenchyme du col, composé, en majeure partie, d'éléments musculaires, se réduit avec une rapidité que la muqueuse œdématiée, boursouflée et contusionnée ne peut parvenir à suivre.

Il en résulte ce fait sur lequel Négrié avait depuis longtemps appelé l'attention : la muqueuse fait une sorte de hernie à plis radiés, comparable à l'orifice anal dans la congestion hémorrhoïdaire ; hernie qui tient éloigné, suivant un grand cercle, le parenchyme du col qui forme les lèvres, ce qui donne à l'organe un aspect de tronc de cône que Négrié a désigné sous le nom de col en clochette.

Qu'une cause locale ou autre vienne enrayer le travail progressif de régression, une portion de la muqueuse du canal cervical restera étalée au dehors, les lèvres renversées ; l'ectropion, par renversement consécutif à l'accouchement ou à la fausse couche, sera constitué.

Il est rare que cette forme d'ectropion se fasse sans l'intervention des causes précédentes. Il y a toujours dans les autres cas, plus ou moins, détachement et prolapsus de la muqueuse ; c'est alors la deuxième forme.

Dans les cas de prolapsus de la muqueuse du canal cervical où cette membrane est tuméfiée, détachée, boursouflée par un œdème persistant et propulsée hors du canal, l'évolution se fait avec une lenteur telle que des semaines, des mois, des années peuvent s'écouler avant que la muqueuse soit arrivée au méat sous la forme de prolapsus.

L'une des faces de la muqueuse peut descendre seule ou avec une lenteur plus grande que la face opposée. Elle forme alors dans le canal une sorte de bourrelet (valvule du canal cervical) qui rend le cathétérisme difficile ou impossible et la réaction que cet obstacle, comprimé dans le canal, produit sur le système nerveux central, amène de nombreux accidents réflexes, locaux ou éloignés, qui mettent souvent en défaut la sagacité du médecin.

La durée de l'ectropion est indéfinie dans la plupart des cas. Cependant il importe de savoir que, dans quelques circonstances, l'état général venant à prendre le dessus, toute prédisposition mauvaise étant écartée, l'ectropion par renversement est susceptible de s'atrophier, même après avoir été le siège de larges ulcérations, et de se recouvrir d'épithélium pavimenteux. Par conséquent, il peut limiter lui-même, spontanément, sa durée ; c'est exceptionnel, mais le fait n'est pas niable, il nous a été donné d'en suivre plusieurs cas, dans une durée de 15 années de service hospitalier.

Le fait étant exceptionnel, il n'y a pas lieu de compter sur ce phénomène favorable observé dans le cas d'ectropion par renversement seulement. Dans les cas de prolapsus, il n'a jamais été signalé de limitation de durée par guérison spontanée.

La terminaison de l'ectropion est, en général, favorable. Un traitement médical longtemps prolongé vient à bout de la première forme aussi bien qu'un traitement chirurgical amène la guérison des deux sortes (renversement et prolapsus) dans un temps très court.

Un mode de terminaison sur lequel Breisky a appelé l'attention est à retenir : c'est le développement du carcinôme sur la muqueuse du canal cervical renversée sur les lèvres du col, mode de terminaison qu'il importe de connaître, car une indication thérapeutique de premier ordre en découle : ne pas laisser subsister l'ectropion en le considérant comme une lésion sans importance ; en pratiquer l'ablation complète, sans attendre, si le moindre

bourgeon suspect vient à se développer sur cette portion de muqueuse.

Le traitement de l'ectropion de la muqueuse du canal cervical présente autre chose à faire que l'ablation pure et simple de la muqueuse propulsée au dehors.

En effet, l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical ne se fait pas sans un retentissement considérable sur l'appareil utéro-ovarien, et il n'est pas rationnel d'intervenir chirurgicalement, avant d'avoir fait disparaître, au moins en partie, l'état congestif, l'engorgement, l'œdème qui ont préparé cette évolution.

Il importe donc de faire subir à l'utérus un traitement préparatoire déplétif, scarifications, pansements osmotiques avec la glycérique boriquée, injections chaudes, etc. Concurremment, on calme la névralgie lombo-abdominale, qui accompagne presque toujours l'ectropion, avec des frictions sédatives sur la région lombo-sacrée, les vésicatoires volants ou des pointes de feu fines et nombreuses, suivant l'intensité de la névralgie.

Après quelques jours de ce traitement, voire même quelques semaines, on peut intervenir chirurgicalement avec certitude de bénéfice rapide et durable. Si l'une des faces de la muqueuse du canal cervical est seule propulsée au dehors, il faut, avant toute intervention, s'assurer que le canal cervical est parfaitement libre, parce que, s'il n'en est pas ainsi, et si la muqueuse de la face opposée a commencé une évolution qui la présente sous la forme d'une valvule obturant le canal, c'est à la dilatation qu'il faut avoir recours, avant de toucher à la muqueuse renversée. Le tassement qui résulte de l'application d'éponges préparées, de tiges de laminaria, de bougies en filière ou de dilatateurs à deux ou plusieurs branches, produit une irritation adhésive qui étale la muqueuse boursouflée et la fait adhérer de nouveau aux parties profondes. Si la dilatation est poussée un peu loin, la muqueuse se trouve libre et par ce fait même elle n'a plus aucune tendance à descendre. C'est alors qu'à l'aide du galvano-cautère, du thermo-cautère ou de l'instrument tranchant on détruit la portion de muqueuse procidente, ou on l'excise.

Le procédé est très simple : avec une érigne à deux griffes, le prolapsus est saisi d'arrière en avant, dans sa partie libre dans le canal, puis toute cette portion herniée est limitée à sa périphérie par des flèches du galvano-cautère ou par le bistouri, de façon à tailler un cône dont le sommet vient aboutir un peu en arrière du point d'implantation de l'érigne.

Si, au contraire, la muqueuse n'est pas détachée (ectropion par renversement), et si les lèvres du col se sont renversées au dehors, étalant la membrane cervicale bien adhérente aux parties profondes, il s'agit de changer la texture de cet ectropion ou de remettre de nouveau cette muqueuse à couvert en refaisant le canal à l'aide de l'opération d'Emmet.

Comme je l'ai déjà démontré, l'opération d'Emmet est une opération dont l'utilité ne s'impose que dans des cas tout à fait exceptionnels et qui peut être remplacée par l'ignipuncture, opération inoffensive qui présente sur celle d'Emmet l'avantage d'être d'une exécution facile sans faire courir aucun danger.

Voici comment on procède et comment nous avons procédé, il y a quelques jours, dans le cas de cette malade qui portait une déchirure profonde du col sur le côté gauche et un renversement complet des deux lèvres, étalant au dehors la muqueuse du canal cervical, sous la forme d'un double ectropion adhérent aux parties sous-jacentes : Sur toute la surface de cet ectropion, aussi bien sur la lèvre antérieure que sur la lèvre postérieure, nous fîmes l'application de flèches fines du thermo-cautère, placées les unes à la suite des autres, au nombre de 26 sur une lèvre et de 34 sur l'autre. Après l'opération, les deux ectropions avaient disparu et à leur place on ne voyait plus que deux eschares, noires, sèches et résistantes, trouées par les nombreux orifices de cylindres juxtaposés.

Après l'élimination de l'eschare et la réparation de la perte de substance, la muqueuse a repris l'aspect de celle qui recouvre la partie libre des lèvres du col. Son épithélium cylindrique est remplacé par un épithélium pavimenteux. Sa texture est complètement modifiée ; il n'y a plus trace de glandes, ni de papilles, et dès lors, il n'y a plus à craindre que le contact de cette

muqueuse avec la paroi vaginale, soit une cause d'irritation suffisante pour ramener l'hypertrophie des papilles et des glandes, et même éveiller, comme le dit Breisky, des prédispositions morbides graves, telles que le carcinôme, par exemple.

L'ectropion par renversement et le prolapsus de la muqueuse cervicale peuvent être détruits, l'un et l'autre, par la galvano-caustie thermique, comme avec le thermo-cautère ; mais avec la galvano-caustie chimique, c'est particulièrement l'ectropion par renversement qu'on peut détruire. On se sert pour cela faire d'un double électrode composé de deux demi-cercles aboutissant chacun à l'un des réophores. A l'aide de ce moyen on détruit, en même temps, les deux portions d'un ectropion double, et, pendant chaque application, on renverse de temps en temps le courant pour agir sur chaque partie avec le pôle négatif qui jouit de la propriété de détruire les tissus.

La cautérisation potentielle avec le caustique solidifié de Filhos peut aussi rendre service lorsque le praticien juge que les conditions nécessaires à l'emploi du fer rouge ne peuvent être réalisées. L'application doit être faite pendant 10 minutes sur chacune des parties renversées, en prenant soin de préserver le vagin.

Vous avez pu suivre quelques-unes de ces cautérisations et en juger les bons effets ; le plus grand inconvénient que présente ce mode d'intervention, c'est qu'il ne peut faire en une seule fois, comme l'ignipuncture profonde, une destruction suffisante des tissus qui amène une guérison rapide.

Enfin, en terminant, j'appelle votre attention sur le rôle de la névralgie lombo-abdominale dans l'évolution de l'ectropion par renversement et spécialement dans l'évolution du prolapsus.

Dans mes leçons professées, dans ces dernières années, à l'école pratique de la Faculté, après avoir insisté sur le rôle considérable que joue la souffrance de la moelle lombaire dans la production et l'entretien des maladies de l'appareil utéro-ovarien et l'importance du traitement spécial, je citais (1) l'exemple suivant :

(1) *Revue méd. chirurg. des maladies des femmes*, mai 1879, 1re leçon.

« Une malade entre dans le service avec un col conique, mesurant 0m055 de longueur, une ulcération et une véritable rétroflexion du col. Malgré les soins les plus assidus, les moyens médicaux les plus variés, l'application du fer rouge, la cicatrisation se fait imparfaitement, l'ulcération reparait et l'allongement continue à se faire.

L'amputation de l'organe est pratiquée à l'aide de l'anse galvano-caustique à double chef que j'ai créée à cet objet et je crois pouvoir compter sur la cicatrisation rapide du moignon. Mais le moignon résiste au nitrate d'argent, au perchlorure de fer, au cautère actuel, et abandonné à lui-même, il s'allonge comme le faisait naguère le col que j'avais dû amputer.

Considérant alors le rôle de la moelle lombaire dont l'irritation se traduit par la névralgie lombo-abdominale, je charge M. Mercier, interne du service, de rechercher les points douloureux à la pression, et de faire disparaître leur sensibilité morbide par l'application de petits vésicatoires volants, plusieurs fois répétés ; et le moignon cesse de s'allonger et il se cicatrise sans qu'il soit utile de stimuler la surface de réparation.

Le fait n'est pas isolé, et je pourrais vous citer de nombreux cas d'ulcérations du col, rebelles au traitement topique, arrêtées dans leur développement par le traitement de la névralgie lombaire. »

Encore un exemple : il y a trois mois à peine, une malade qui n'a jamais eu ni enfant, ni fausse couche, vint à notre clinique. Nous l'avons interrogée et examinée ensemble, et nous avons constaté l'existence d'un col atteint d'allongement hypertrophique en voie d'évolution. Névralgie sacrée et lombo-abdominale intenses.

Nous avons jugé, après ample informé, que chez cette malade arthritique graveleuse, la souffrance de la moelle caractérisée par la névralgie, tenait sous sa dépendance le prolapsus de la muqueuse cervicale et l'allongement hypertrophique du col. Le traitement nous a démontré le bien-fondé de notre manière de voir, puisqu'il a suffi d'appliquer des pointes de feu fines et nombreuses sur les points douloureux de la région lombo-sacrée pour enrayer le

développement du prolapsus, faire recouvrir d'épithélium la partie desquamée et guérir la névralgie sacrée et la névralgie lombo-abdominale, sans employer aucun autre moyen de traitement.

Dans les maladies de l'utérus et particulièrement dans celle du col, n'oublions pas le traitement médullaire ; et, à propos de ce dernier cas, rappelons le vieil adage latin : *Naturam morborum curationes ostendunt.*

SUR UN MODE DE TRAITEMENT
aussi simple que sûr
DE L'AVORTEMENT DES PREMIERS MOIS DE LA GROSSESSE.

Dans un intervalle de quelques jours, il m'a été donné de pratiquer deux avortements au terme de trois mois de grossesse. Des cas de cette nature se rencontrent fréquemment, et le mode classique qu'on leur oppose est loin d'être exempt de difficultés et d'inconvénients. Il y a des années que je mets en usage et que je préconise un modus opératoire aussi sûr dans ses effets, que d'une facile exécution. J'en ai donné la description dans de nombreux articles de journaux, ainsi que dans mes deux derniers ouvrages d'obstétrique (1). Malheureusement, comme saint Paul, j'ai, jusqu'ici, à peu près parlé dans le désert, car je n'ai pu encore faire adopter cette méthode que par un petit nombre de confrères. C'est avec l'espoir d'être enfin entendu que je rédige aujourd'hui cette simple note.

I. — Le 15 février 1886, je fus appelé, à 11 heures du soir, auprès d'une jeune femme âgée de 22 ans, pour parer à une métrorrhagie qui durait depuis vingt-sept heures.

Dans le courant de l'après-midi, un honorable confrère, appelé avant moi, s'était borné à prescrire une potion calmante.

Je trouvai cette jeune femme baignant dans son sang, son visage avait une teinte cadavérique. L'état de la malade me parut si grave, que j'osai à peine lui faire changer de position, redoutant une syncope mortelle.

Heureusement, j'étais en demeure d'agir instantanément, sans

(1) V. Dystocie simplifiée, p. 10. — Essai prat. sur la méthode ocytocique (accouchement rapide), p. 15.



l'exposer aux danger d'un changement d'attitude, sans lui faire subir aucune manœuvre douloureuse.

Je me bornai à écarter les jambes, et à introduire, dans l'ampoule vaginale, mon ballon hydrostatique, que je gonflai, en y injectant un grand verre d'eau froide.

Le lendemain, à 7 heures du matin, j'évacuai l'ampoule, qui avait aussitôt opposée une puissante digue à l'hémorrhagie. La malade accusant un sentiment de pesanteur périnéale, demanda à être posée sur un vase de nuit. Le corps du délit y tomba par son propre poids.

Par suite d'un travail presque silencieux, le délivre s'était détaché spontanément.

Malheureusement, mon intervention avait été un peu tardive. J'avais, je l'ai dit, trouvé une malade presque exsangue. Son état d'épuisement a eu une conséquence qui eût pu être grave.

Le 18 février, éclatait une péritonite, que j'ai combattue de suite avec succès par le moyen d'une couche de collodion, appliquée sur la région abdominale, par l'intermédiaire d'une triple pièce de tarlatane.

Une de ces pièces a été posée sur le flanc gauche, une seconde sur le flanc droit, la troisième sur la région ombilico-hypogastrique intermédiaire.

Comme complément de ce traitement local, je me suis borné à l'administration de quelques doses de sulfate de quinine.

Au bout de trois semaines, la malade était en pleine convalescence.

Que fût-il advenue d'elle si, au lieu de recourir à ce mode d'obturation et d'incitation, d'une application si rapide, d'une action aussi douce que sûre, j'avais mis en usage le tampon classique avec ses nombreux inconvénients ? (cérat, charpie, de chaque une livre plein un chapeau. Pajot).

Lorsqu'une métrorrhagie se déclare chez une jeune femme, dans les trois ou quatre premiers mois de la grossesse, il est d'une saine pratique de s'efforcer de mettre un frein à l'écoulement sanguin, en s'abstenant, autant que possible, de mettre en œuvre aucun traitement local. On peut espérer, en effet, qu'il ne s'agisse que d'une simple alerte. On voit quelquefois, en pareils cas, la grossesse continuer son cours. C'est donc de la sorte que l'on doit

tout d'abord procéder, en se tenant sur le qui-vive, sauf à agir efficacement, si la persistance de l'hémorrhagie menace de mettre en danger les jours de la malade.

Un critérium dont je tiens grand compte, pour régler ma conduite, c'est l'expulsion, c'est la présence, dans le col entr'ouvert, de caillots sanguins. En de telles conditions, il y a peu d'espoir de voir la grossesse continuer son cours.

Le fait suivant établit clairement, je crois, la ligne de conduite la plus convenable à suivre dans les cas dont il s'agit.

II. — Le 26 janvier 1886, je fus demandé auprès de Mme X. que j'ai assistée jusqu'ici dans deux couches, alternées avec une fausse couche à trois mois.

Elle avait, cette fois, un retard de dix mois et perdait du sang avec un peu plus d'abondance que dans ses époques cataméniales. D'ailleurs, elle n'expulsait aucun caillot.

Je me bornai à prescrire le repos au lit, ainsi que quelques lavements laudanisés.

Le 28, après une journée qui s'était passée si bien, que je commençais à écarter l'idée d'un avortement, je fus requis auprès de la malade, à 10 heures du soir.

La métrorrhagie avait pris de plus fortes proportions, et je constatai, dans le col, la présence d'un caillot sanguin.

Il n'y avait plus à en douter : une fausse couche allait se produire.

J'attendis cependant au lendemain, avant d'agir efficacement en cette vue.

Le 29, à 9 heures du matin, la perte de sang était devenue des plus caractéristiques.

Application du ballon hydrostatique, que j'enlevai à 1 heure de l'après-midi.

En explorant l'ampoule vaginale, je trouvai le délivre que je retirai au moyen de l'index et du médius.

Comme j'avais surveillé la malade avec attention, et que mon intervention effective ne s'était pas fait attendre, elle avait pu conserver ses forces. Plus heureuse que celle dont j'ai parlé plus haut, et qui présentait des conditions tout opposées, elle n'a été éprouvée par aucune complication, et s'est promptement remise de son accident.

Ces deux faits, que j'ai rapprochés à dessein, ont, à eux seuls, plus d'éloquence que la dissertation la plus savante. Il me semble donc inutile de les faire suivre d'aucuns commentaires.

Dr L. HAMON DE FRESNAY.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 décembre 1885. — Présidence de M. BOUCHARD.

A propos d'une observation de kystes multiloculaires présentée par M. MENETRIER, M. BOUCHARD rappelle le cas, présenté à la *Société de chirurgie*, d'un sarcôme enlevé de l'abdomen, qui s'était greffé sur la plaie des parois abdominales faite par l'opérateur.

M. BOUCHARD fait remarquer que les tumeurs malignes qui envahissent le péritoine s'accompagnent assez rapidement de petits foyers qui se montrent çà et là sur la séreuse et qui ne sont autre chose que le résultat de greffes infectieuses favorisées par les mouvements des organes abdominaux.

Ce fait d'observation est un des arguments qui montrent non pas l'identité, mais l'analogie des processus pathologiques des cancers et des maladies microbiennes. Le cancer se propage par les lymphatiques jusqu'aux ganglions qui lui forment une barrière ; puis les ganglions sont franchis, les embolies infectieuses arrivent aux poumons et de là, dans la grande circulation sanguine. A ce moment, le procédé d'infection, qui était centripète, devient centrifuge, et la généralisation se fait dans l'organisme.

M. POLAILLON fait observer que l'examen histologique des kystes de l'ovaire ne permet pas de dire toujours si la tumeur s'accompagnera ou ne s'accompagnera pas de la récidive et de généralisation. Ces productions néoplasiques sont formées d'épithéliums plus ou moins modifiés, comme l'ont montré Malassez et de Sinéty. Leur structure anatomique ne nous explique pas encore leur degré de malignité.

Il y a lieu de faire encore une distinction. Certains kystes se généralisent comme le cancer et récidivent après ablation. On sent la trace du procédé d'envahissement. D'autres sont des kystes qui se terminent aussi fatalement, parce qu'ils se montrent chez des personnes qui présentent déjà des productions cancéreuses dans d'autres organes.

Séance du 6 *janvier* 1886. — Présidence de M. DUPLAY.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.

M. TERRIER communique une troisième observation d'ablation totale de l'utérus par la voie vaginale pour un épithélioma bien limité au col et suivie de guérison.

M. TILLAUX déclare être moins disposé à pratiquer cette opération depuis qu'il a vu succomber, sept mois après l'opération, la jeune femme de vingt ans qui sortit en apparence dans les meilleures conditions possibles tant en raison de son état général excellent qu'en raison des limites très circonscrites de la lésion. Après six semaines, il y eut une récidive locale dans les lèvres de la plaie vaginale, et peu de temps après elle succombait dans une cachexie épouvantable. Aussi, en pareil cas, M. Tillaux serait-il plutôt disposé à revenir à la section cunéiforme du col, opération infiniment moins grave que l'hystérectomie totale vaginale, et qui pourrait avoir autant de chances de mettre à l'abri des récidives.

M. VERNEUIL et M. DESPRÉS se rangent à l'avis de M. TILLAUX.

M. DUPLAY se propose d'appliquer le procédé de Schroeder à l'hystérectomie vaginale. Ce procédé consiste à passer une première anse de fil à la partie inférieure du premier ligament large et à inciser au-dessus, de façon à pouvoir ensuite facilement faire basculer l'utérus.

M. POZZI fait observer que tous les utérus ne peuvent pas facilement basculer, et que le procédé de Schroeder ne saurait être appliqué à tous les cas.

Séance du 13 *janvier* 1886. — Présidence de M. HORTELOUP.

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE.

La malade que présente M. Pozzi a été opérée pour une hématocèle rétro-utérine par l'incision.

Seulement, l'opération a cela de particulier qu'au lieu de faire la large incision vaginale ou la laparotomie, M. Pozzi a été ouvrir la poche par sa partie postérieure en décollant le péritoine de la fosse iliaque gauche.

Dans ces conditions, il a pu extraire un kilogramme de sang et de caillots avec une cuiller à potage, établir un double drainage par la fosse iliaque et le vagin et assurer l'antisepsie de cette poche énorme qui remontait au delà de l'ombilic.

La malade est complètement guérie cinq mois après l'opération.

Séance du 20 *janvier* 1886. — Présidence de M. HORTELOUP.

RÉTENTION DES MENSTRUES.

Voici une observation intéressante communiquée par M. Després :

Le 26 juillet dernier, une jeune fille de quatorze ans et demi, grande et forte comme si elle avait eu dix-huit ans, et portant une tumeur de l'ombilic du volume des deux poings, entrait dans le service.

La tumeur soulevait la cicatrice ombilicale, après avoir écarté les muscles droits; elle paraissait attenante à la paroi, sans prolongements ni du côté des flancs, ni du côté de la fosse iliaque. On aurait pu croire, à première vue, qu'il s'agissait d'une tumeur développée aux dépens de l'ouraque. Il fut impossible d'établir un diagnostic exact de la nature de la tumeur.

La malade resta en observation pendant un mois ; pendant ce temps, sa tumeur ne se modifia pas et elle ne donna lieu à aucun symptôme fonctionnel. A un moment donné, M. Després fit une ponction exploratrice à l'aide d'un trocart capillaire très fin ; il sortit quelques gouttes de sang, et il resta dans la canule une petite quantité de tissus dans laquelle le microscope fit reconnaître la présence des cellules embryonnaires du sarcôme.

La malade quitta le service, puis elle y revint en novembre. A ce moment, la tumeur était dans le même état, sauf cependant adjonction d'une petite tumeur à la masse principale. Le 4 décembre, la jeune fille eut par le vagin une perte sanguine, d'abord modérée, puis très abondante, à la suite de laquelle la tu-

meur diminua notablement de volume. Dès lors, notre diagnostic était fixé, il s'agissait d'une rétention des règles dans l'utérus.

Le toucher fait constater un col très long et très effilé. Il est probable qu'il s'agissait d'une imperforation de ce col et que cette imperforation a disparu sous l'influence des seuls efforts de la nature. Depuis lors, la malade a eu ses règles sans aucun accident.

En présence de ce fait assez rare à l'âge de la malade, M. Després admet l'hypothèse d'un utérus bicorne et que l'une des cornes de cet utérus séparée, comme c'est la règle en pareil cas, du reste de l'utérus par une portion plus ou moins rétrécie, a été le siège de la distension dont la constatation nous a fait croire à une tumeur ombilicale.

Le fait est également intéressant au point de vue de la thérapeutique de ces sortes de tumeurs. L'on sait que les opérations proposées pour remédier à un pareil état de choses sont très dangereuses, souvent même mortelles. L'exemple d'une guérison sans intervention chirurgicale devra engager les chirurgiens à se montrer circonspects avant de proposer de semblables opérations, Cette circonspection est d'autant plus rationnelle, qu'à côté de mon cas je pourrais en citer quatre autres semblables que j'ai retrouvés dans les auteurs, et qui ont eu la même marche.

M. Marc Sée fait remarquer qu'il n'est point étonné de l'insuffisance des résultats qu'a donné la ponction exploratrice faite, selon lui, avec un trocart trop petit. Dans ces cas-là, on doit toujours recourir à un trocart moyen.

M. Trélat combat la temporisation que M. Després conseille comme règle dans les cas semblables à celui qu'il rapporte.

Quant à l'hypothèse d'un sarcôme, il ne croit pas que la constatation microscopique de petites cellules embryonnaires dans un tissu suffise pour faire diagnostiquer le sarcôme.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

(Comptes rendus des travaux de l'année 1884-85).

Les hémorrhagies pendant la grossesse sont étudiées par M.

GANZINOTTY, avec une très intéressante observation à l'appui. Une jeune femme présenta dès la sixième semaine de sa grossesse un écoulement métrorrhagique, peu abondant et intermittent d'abord, continu pendant le quatrième mois, enfin arrêté spontanément pendant le cinquième. Etudiant les causes des métrorrhagies pendant la première moitié de la grossesse, l'auteur cite, sans trancher la question, trois observations analogues, empruntées à Mauriceau, qui montrent que ces écoulements sont ordinairement bénins pour la mère et l'enfant. M. Herrgott fils rappelle que jusqu'au cinquième mois la muqueuse utérine subit des modifications, portant sur son épaisseur qui atteint près d'un centimètre. Le sang écoulé peut provenir de la caduque utérine, et cette hypothèse explique l'arrêt du sang au cinquième mois, époque de la réunion des deux caduques.

M. SPILLMANN présente une môle hydatique du poids de 8 livres, provenant d'une femme de 29 ans. A sa septième grossesse, elle accoucha à terme d'un enfant bien portant suivi de cette môle, puis d'un placenta normal. D'après M. le professeur Herrgott, cette môle serait un placenta dégénéré, appartenant à un fœtus arrêté dans son développement par une dégénérescence kystique des villosités choriales.

Un fœtus âgé de 4 mois et le placenta correspondant sont présentés par M. Émile LÉVY. Inséré sur le col de l'utérus, le placenta avait déterminé des hémorrhagies dès le troisième mois, à une époque par conséquent où le diagnostic de la grossesse est difficile. Le fœtus portait plusieurs anomalies : bec-de-lièvre, syndactylie, imperforation de l'anus peut-être en rapport avec l'insertion vicieuse du placenta.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE LONDRES.

LAPAROTOMIE DANS UN CAS DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

M. SAVAGE a rapporté un cas de ce genre opéré par la laparotomie à l'infirmerie de Kidderminster. Il s'agissait d'une femme, mère de deux enfants, qui avait souffert depuis son dernier accouchement de douleurs dans la fosse iliaque gauche. Peu à peu elle avait vu apparaître une tuméfaction qui avait envahi gra-

duellement le côté droit ; on sentait à la partie inférieure de l'abdomen une masse fluctuante et douloureuse au toucher ; l'utérus était attiré en haut.

Après avoir ouvert la cavité abdominale, M. Savage en retira un fœtus de cinq mois ; il n'enleva pas le placenta, mais le décolla accidentellement en partie, de sorte que l'hémorrhagie fut assez abondante. On sutura la paroi de la poche aux bords de l'incision et pansa la plaie avec du coton sec. Deux mois après, la guérison était complète et l'opérée quittait l'hôpital.

CONGRÈS DES NATURALISTES ALLEMANDS DE STRASBOURG. — SEPTEMBRE 1885.

ALTÉRATIONS NERVEUSES DE L'APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

Par FREUND (fils).

Il existe sur les parties latérales de l'utérus, de chaque côté, un ganglion nerveux, connu sous le nom de *ganglion de Frankenhauser* (de Zurich).

Ce ganglion, dit le *Bulletin de Thérapeutique*, est en communication avec l'utérus d'une part, et d'autre part avec les systèmes nerveux, sympathique et spinal.

Freund a examiné les différentes altérations microscopiques que subissait ce ganglion.

Pendant la grossesse, le ganglion double de volume ; il y a hypertrophie et augmentation du nombre des cellules nerveuses qui le composent. Pendant les suites de couches, on assiste au processus contraire ; il y a atrophie puerpérale. Cette atrophie peut être physiologique et pathologique.

Si physiologique, on voit la *restitutio ad integrum* du ganglion.

Si pathologique, les cellules nerveuses sont comprimées et étranglées par l'élément scléreux, phénomène qu'on observe surtout dans les cas d'involution anormale de l'utérus et de paramétrite chronique consécutive à l'accouchement.

C'est dans ces cas, ajoute l'auteur, qu'on observera de préférence les accidents hystériques qui reconnaîtraient comme point de départ l'altération du ganglion de Frankenhauser. Ainsi se

trouverait justifiée l'opinion des auteurs qui placent le point de départ de l'hystérie dans une altération de l'appareil nerveux génital.

Il y a plus : ce ganglion, point de départ d'une grande partie des fibres nerveuses qui se rendent à l'utérus, et aussi des fibres trophiques, amènerait par son altération des troubles graves dans la nutrition utérine.

De telle sorte que l'altération du ganglion causée par un processus utérin et péri-utérin retentirait à son tour sur la matrice et son voisinage.

De là un cercle pathologique vicieux qui explique la longueur et la ténacité des affections génitales consécutives à l'accouchement.

ASSEMBLÉE DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS.

SESSION DE STRASBOURG

Section de gynécologie

LES MOUVEMENTS PÉRISTALTIQUES DE L'UTÉRUS.

M. Schatz (de Rostock). — Il y a longtemps que j'ai interrompu mes publications sur le travail d'expulsion fourni par l'utérus pendant l'accouchement. C'est que le sujet est des plus difficiles, et ce qui me frappait surtout, c'était la diversité des courbes que le myographe me donnait. Pendant des années, j'ai essayé de m'expliquer ce fait, et ce n'est que maintenant, après des recherches pénibles et maintes fois variées que j'en ai trouvé la raison principale dans les mouvements péristaltiques de l'utérus. A l'aide de mes instruments perfectionnés, j'ai pu constater :

1° Que ce mouvement péristaltique existe ;

2° Qu'il commence au fond et marche vers le col, comme chez les animaux ;

3° Que sa durée est de 20 à 30 secondes, de sorte que la *douleur* pendant le travail est de 60 à 90 secondes, tandis que la *contraction* proprement dite n'est que de 40 à 60 secondes. La différence représente exactement le temps que la contraction met pour parcourir l'utérus de haut en bas.

Je ne sais pas encore si l'onde péristaltique est interrompue comme dans l'urèthre, ou si elle procède par des sauts. La dernière supposition me semble plus probable.

Je n'ai pas encore pu constater des mouvements antipéristaltiques.

Je renonce à vous soumettre aujourd'hui les conclusions importantes qui découlent de cette connaissance nouvelle ; ce sera pour une autre fois.

QUELQUES OBSERVATIONS RELATIVEMENT A LA SUPPRESSION ARTIFICIELLE DE L'ÉCOULEMENT MENSTRUEL.

M. W. LŒWENTHAL (de Lausanne). — Je veux seulement vous soumettre quelques données concernant le côté pratique de ma publication sur ce sujet.

La suppression des menstrues se divise en deux points principaux : la méthode de suppression, et le résultat thérapeutique.

Quant à la méthode (repos et injections d'eau chaude), je tiens à vous signaler notamment ce qui l'a rendue plusieurs fois inefficace. Si l'écoulement sanguin n'a pas été arrêté, c'est, avant tout, que l'eau *n'était pas assez chaude*, ou qu'elle était d'abord au-dessous de 50° C., ou qu'elle n'arrivait pas au vagin avec cette température. Or, ceci est absolument nécessaire ; j'ai pu constater que l'eau un peu moins chaude, de 46 à 47° C. environ, non seulement n'arrête plus l'hémorrhagie, mais l'augmente plutôt comme l'eau tiède. Il faut donc que l'eau arrive au vagin avec une température *d'au moins* 50°, plutôt plus que moins.

D'autres fois le repos n'a pas été gardé assez longtemps après le premier arrêt du sang ; les malades se lèvent, reprennent leur pénible travail, ou bien se mettent à la machine à coudre. Il est clair que dans ces cas l'écoulement reparaîtra le plus souvent.

Plusieurs observations, enfin, m'ont semblé militer en faveur de l'opinion émise par plusieurs auteurs américains, à savoir qu'il y a des cas où l'eau chaude n'agit pas bien comme hémostatique et qu'alors l'eau glacée est d'un effet certain.

Relativement aux résultats thérapeutiques, je n'ai que 23 cas à vous relater.

Sur ces 23 malades, 18 étaient des chloro-anémiques prononcées, présentant plus ou moins d'accidents nerveux : dyspepsie

opiniâtre, troubles et convulsions hystériques, et deux cas d'hystéro-épilepsie. La fréquence des complications diminue dans le même ordre que je les ai nommées.

Quant à l'âge des malades, il y en avait 1 de 19 ans, 5 de 20 à 25, 4 de 25 à 30, 8 au delà de 30 jusqu'à 42 ans.

Des cinq autres malades, deux étaient hystériques et trois convalescentes de maladies graves. Chez les convalescentes, il ne pouvait naturellement pas être question de *guérison*, il ne s'agissait que d'abréger la convalescence, ce qui a complètement réussi.

Des deux hystériques, l'une seulement a été améliorée. C'est vrai qu'ici la suppression a été essayée sans indication précise et sans espoir de réussite, comme un dernier essai après d'autres traitements restés absolument inefficaces depuis cinq ans.

Les chloro-anémiques ont été guéries, sans autre traitement de l'anémie. L'amélioration fut très rapide, le plus souvent après la première suppression ; la guérison s'est fait attendre une fois jusqu'à la huitième suppression.

Tous ces cas étaient bien caractérisés, parce que les troubles nerveux ne s'étaient montrés qu'après l'établissement des règles, quelquefois bien longtemps après, et qu'ils s'aggravaient avec chaque perte menstruelle.

REVUE DE LA PRESSE

DES MÉDICAMENTS ALIMENTS,

Par le Dr Pol Vernon.

On appelle ainsi les agents qui fournissent au sang les matériaux nécessaires pour réparer les déchets morbides et qui, sous un petit volume, restituent à la nutrition une énergique puissance.

Reconstituants, toniques, *analeptiques* par excellence, les médicaments-aliments trouvent leur application dans les anémies et dans toutes les formes d'amaigrissement et de débilitation organiques. Ce sont eux qui constituent la base de la médication antiphthisique, jusqu'à ce que l'on ait découvert le moyen de tuer le bacille de Koch, à supposer que ce bacille soit la cause (et non l'effet) de la phthisie, *quod est demonstrandum* !

Les aliments médicamenteux luttent également contre les dyspepsies et l'atonie gastro-intestinale ; ils enraient les dangers inhérents au diabète maigre et aux cachexies ; ils triomphent de l'épuisement nerveux, parce qu'ils renouvellent la masse du sang, et que le sang est le meilleur antispasmodique le *moderator nervorum* par excellence. Dans les convalescences, dans les maladies liées à la misère physiologique (scrofule, rachitisme, scorbut), dans les grossesses répétées, les allaitements prolongés, il faut recourir à ces agents de reconstitution rapide, sous peine des plus dangereuses conséquences pour l'avenir.

Je passerai en revue aujourd'hui quelques-uns de ces agents, employés dans la pratique médicale : l'huile de foie de morue, la viande crue, les extraits de viande, le sang, les peptones, la poudre de viande.

L'huile de foie de morue, qui a joui et jouit encore aujourd'hui d'une grande faveur, exige, pour être assimilée, une force digestive que possèdent bien rarement (il faut le dire) les malades justiciables de la médication analeptique.

Elle est mal tolérée, à cause de ses matières grasses, qui engorgent les chylifères, révoltent l'estomac, agissent enfin sur l'intestin si susceptible des phthisiques, à la façon d'un purgatif huileux.

Neuf fois sur dix, le praticien est obligé de renoncer à l'huile de fois de morue, à cause des vomissements et de la diarrhée qu'elle détermine, à cause de l'anorexie qu'elle entraîne. C'est, d'ailleurs, une médication reconnue impossible en été et dans les pays chauds où la méthode reconstituante est pourtant si fréquemment indiquée.

La viande crue répugne à bien des estomacs ; et, par les nausées qu'elle provoque, met en fuite également le plus précieux des reconstituants, qui est l'*appétit* ! Elle peut transmettre le tœnia et probablement aussi la tuberculose, surtout chez ces sujets *minoris resistentiæ*, auxquels s'adresse ordinairement la médication carnée.

On peut dire de ces gelées et extraits de viande, si vantés par les trompettes de la publicité, ce qu'un physiologiste d'Outre-Rhin écrivait, avec raison, du bouillon : « Au point de vue nutritif ce sont des « fleurs parfumées, des madones de Raphaël, des symphonies de « Beethoven. » Ce qui veut dire que, comme produits alimentaires, ce sont de purs expédients, sans valeur analeptique, simples excitants de la muqueuse gastrique ou tout au plus *peptogènes*, pour user de l'expression scientifique de Corvisart.

La médication par le sang chaud des abattoirs est du ressort de ces pratiques populaires dégoûtantes, quoique séculaires. Le sang chaud ou desséché et pris sous forme de poudre, est toujours indigéré, et son action dynamophore est à peu près nulle.

La médication par les peptones n'est guère meilleure que cette méthode surannée, du moins au point de vue alimentaire proprement dit. Au lieu de relever, en effet, les forces de la nutrition, elles les endorment, parce que ces préparations, toutes digérées, n'exigent de la part du tube alimentaire aucun effort mécanique ou chimique. Or la fonction fait l'organe : l'organe dépérit où la fonction s'annihile. L'emploi des peptones ne se justifie donc que dans les cas de lésions graves de l'appareil digestif, lorsque ses fonctions profondément altérées, comme dans le cancer, la cyrrhose, etc., ne lui permettent plus de fournir à l'économie les éléments nutritifs qui lui sont indispensables.

D'ailleurs, les peptones, fussent-elles de qualités supérieures, se décomposent avec la plus grande facilité et subissent la fermentation ammoniacale, à cause de la grande quantité d'azote albuminoïde qu'elles renferment.

Il me reste à parler de la poudre de viande, cette importante conquête dont la thérapeutique moderne s'est enrichie dans ces dernières années. La poudre de viande, bien préparée, représente au moins quatre fois son poids de viande crue. Par l'ensemble des matériaux qui la composent (fibrine, albumine, chlorures, phosphates), par sa forme condensée et son état de division moléculaire extrême qui fait que les principes constituants de la chair musculaire sont présentés à l'estomac dans les conditions les plus favorables à leur assimilation, la poudre de viande doit être considérée comme l'agent de rénutrition le plus parfait.

Enfin, contrairement à l'huile de foie de morue, au sang chaud ou desséché et parfois même aux peptones, elle s'absorbe et se digère sans répugnance ; elle nourrit sans vomissement ni diarrhée. Mais, bien entendu, il faut pour cela :

1° Qu'elle soit dépourvue de toute odeur de rance et de toute saveur désagréable ; — 2° qu'elle soit de conservation indéfinie et sans altération possible ; 3° qu'elle soit pure de tout mélange étranger et dépouillé de tout corps gras ; — 4° enfin, qu'au microscope, elle n'offre que des fibres musculaires, ce qui constitue le *criterium* obligé d'une peptonisation rapide et parfaite. Telles sont les conditions essentielles que doit réunir une poudre de viande.

Parmi toutes celles que j'ai été à même d'employer dans ma pratique médicale, je n'en connais guère qu'une seule que l'examen chimique et l'expérimentation clinique m'autorisent à déclarer supérieure à tous les points de vue. C'est celle connue sous le nom de poudre de viande Rousseau. Admirablement tolérée par les personnes les plus délicates, elle est la meilleure pour arriver à ce que le professeur Debove a nommé la *suralimentation*. Voilà le roi des médicaments-aliments, l'histogénique de premier ordre, celui qui fera le plus facilement de la chair. Le praticien ne trouvera jamais en défaut sa puissance curative, soit qu'il s'agisse de remonter le taux organique et d'accroître les forces, soit qu'il lui faille lutter contre les diathèses et les maladies cachexésiantes.

A ceux qui douteraient, je dirai simplement : Essayez la poudre de viande Rousseau chez un phthisique, même à intestin détérioré et à fonction gastrique douteuse ; vous jugerez des résultats obtenus et de ceux qu'on peut attendre, *a fortiori*, d'une aussi énergique préparation.

CAS DE TRAUMATISME GRAVE PAR LE COÏT.

Zeiss (d'Erfurth) rapporte deux cas intéressants de traumatisme grave causé par le coït, qui détermina dans le premier cas une hémorrhagie menaçante par déchirure de l'hymen et dans le second cas une rupture du vagin.

Dans la première observation, l'auteur, appelé auprès d'une jeune femme qui le lendemain de la nuit de noce s'aperçut qu'elle perdait du sang par les parties génitales, trouva la patiente presque sans pouls, pâle, couverte d'une sueur froide, nageant littéralement dans le sang, en profonde syncope ; il y avait une mare de sang entre les cuisses, sous le sacrum et des deux côtés du bassin. Le toucher lui fait reconnaître que l'hymen est perforé, le vagin vide et de dimensions virginales, le col utérin fermé. L'inspection oculaire lui montre immédiatement la source de l'hémorrhagie. L'hymen présente deux déchirures : une petite à droite, à gauche une profonde s'étendant jusqu'à sa base. Des deux lèvres de cette dernière, le sang coule lentement et d'une manière continue, sans saccades ; la lumière du vaisseau ouvert était parfaitement visible et mesurait 1 à 1 millimètre et demi.

La compression digitale arrête complètement l'hémorrhagie qui recommence aussitôt qu'on enlève le doigt ; la suture la fait cesser im-

médiatement et définitivement. Du vin, de l'éther, remontèrent la malade ; la suture fut enlevée le troisième jour, et il ne s'est produit aucun accident. Cette femme est d'ailleurs bien portante et vigoureuse, ne présente pas de vaisseaux anormalement développés ; pas trace d'hémophylie dans la famille.

Le second cas observé par Zeiss a trait à une femme de 25 ans d'une forte constitution ; premier accouchement normal il y a 3 ans ; il y a 6 semaines, deuxième accouchement terminé par une application de forceps au détroit inférieur ; suites normales ; elle allaite son enfant, se lève au bout de neuf jours et reprend ses occupations dans son ménage. Le soir, le mari, un peu gai à la suite du baptême, se livre au coït à la vache ; la femme sent une douleur soudaine et vive du côté droit de l'hypogastre, et il s'écoule du vagin un flot de sang. L'hémorrhagie continue abondante, et l'on ordonne le repos et des injections froides antiseptiques. Le lendemain matin, l'hémorrhagie est arrêtée : les organes génitaux externes sont intacts, sans traces de contusion ; l'utérus est fortement rétrofléchi, le col solidement fixé à droite et en avant ; le vagin a des dimensions normales, en tout cas n'a pas de brièveté insolite et ne présente pas de rigidité de ses parois. Dans le cul-de-sac droit, à 1 centimètre de l'insertion du vagin et du col, commence une déchirure récente qui s'étend de là à 4 centimètres, en dehors et en arrière, et dans laquelle le doigt pénètre sans difficulté assez haut ; les bords en sont dentelés et la déchirure devient largement béante quand on fait prendre à la malade une position sur les coudes et les genoux. Pansement à l'iodoforme ; tamponnement du vagin avec la gaze iodoformée, vessie de glace ; guérison sans fièvre.

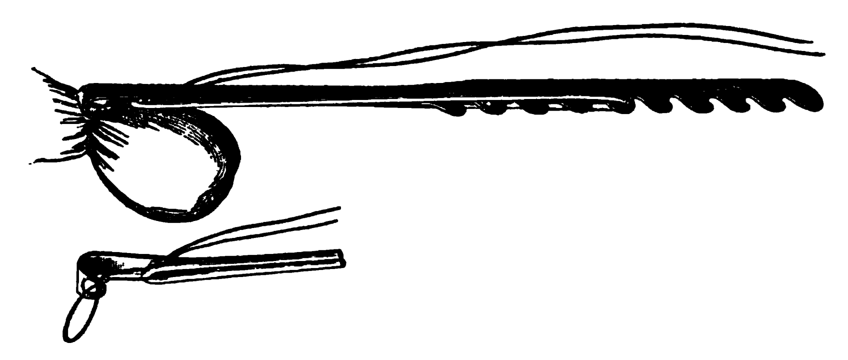
INSTRUMENTS ET APPAREILS

Crémaillère pour appliquer la ligature sur le pédicule de l'utérus inversé.

Cet instrument, construit par M. Collin, a été employé par M. Périer à l'excision de l'utérus en inversion par la ligature élastique.

Mais au lieu d'enserrer le pédicule de la tumeur directement avec le fil élastique, il l'enserre avec un fil de soie ; dans le nœud du fil de soie passe un anneau de caoutchouc qui peut être fixé sur une crémaillère métallique introduite dans le vagin et dont l'extrêmité supé-

rieure porte une ouverture où passe le fil de soie. A mesure que le fil de soie, entraîné en bas par l'anneau de caoutchouc, coupe le pédicule de la tumeur, on augmente la traction par l'anneau de caoutchouc en attirant celui-ci sur un cran plus bas de la crémaillère. On suit ainsi la marche du fil de soie qui, constamment tendu, conserve la même faculté pour sectionner le pédicule.



NÉCROLOGIE

M. le professeur Courty.

L'un des premiers gynécologistes français de ce temps, le professeur Courty, de la Faculté de Montpellier, vient de s'éteindre, le 2 mars 1886, à l'âge de 66 ans. Il était né le 2 novembre 1819.

Il fut d'abord aide d'anatomie, puis chef de clinique chirurgicale, agrégé en chirurgie et enfin professeur de médecine opératoire en 1856.

Dix ans plus tard, il fut mis en possession de la chaire de clinique chirurgicale dans laquelle, quoique chirurgien habile, il se consacrait plus particulièrement à l'étude de la gynécologie.

On doit à M. le professeur Courty quelques travaux d'embryogénie, des compte rendus de clinique chirurgicale et enfin son vrai titre de gloire, le traité des *maladies de l'utérus et de ses annexes*, ouvrage vraiment complet, le seul que la science ait depuis longtemps possédé, fruit d'un grand travail et d'une saine observation, auquel l'Institut accorda, dès sa première édition, en 1866, une haute récompense.

On peut s'étonner que l'œuvre de Courty, née dans un milieu spiritualiste, n'ait pas traité de haut quelques questions ressortissant plus particulièrement à la pathologie générale, la pathogénie et les diathèses, par exemple.

La raison en fut, et nous la tenons de l'honorable professeur lui-même, qu'il ne voulut inféoder son œuvre à aucune école.

Il voulut rester neutre, il se contenta de faire un livre didactique reproduisant les travaux de l'époque, formant un tout très complet de pathologie gynécologique médico-chirurgicale.

Ce travail considérable a servi de guide à plusieurs générations de médecins, particulièrement à ceux qui ont suivi les fructueuses leçons du maître à la mémoire duquel nous apportons notre tribut d'éloges et de regrets.

J. C.

BIBLIOTHÈQUE

DES ANOMALIES SYMÉTRIQUES DES DOIGTS ET DU ROLE QUE L'ON PEUT ATTRIBUER A L'ATAVISME DANS CES ANOMALIES, par le Dr E. VERRIER. — 1886, Clermont (Oise). Daix, imprimeur. [Travail lu à l'Institut (Académie des Sciences), séance du 23 mars 1885].

UN CAS DE CASTRATION POUR FIBROME UTÉRIN, par le Dr FRAIPONT. — Observation très intéressante recueillie à l'hôpital de Bavière, à la clinique du Professeur VON WINIWARTER. — Publié dans les *Annales de la Société Médico-chirurgicale de Liège.*

MANUEL D'HYDROTHÉRAPIE, par le Dr P. DELMAS, inspecteur du service hydrothérapique de l'hôpital St-André de Bordeaux, avec 39 fig., dans le texte, 9 tableaux graphiques et 60 tracés sphygmographiques. — Paris, 1885. O. Doin, éditeur, 8 place de l'Odéon. (*Sera analysé.*)

DAX PITTORESQUE ET THERMAL; GUIDE DU MÉDECIN ET DU MALADE, par le Dr Barthe de Sandfort.— Paris, 1885. Librairie E. Dentu. (*Sera analysé.*)

RÉTENTION DES CHUTES DE MATRICE A L'AIDE DES PESSAIRES MALLÉABLES; instrument nouveau pour l'application de ces pessaires, par le Dr WALTON, gynécologiste à Bruxelles, avec figures. — Gand 1885, imprimerie Eug. Vanderhaeghen, rue des Champs, 62. (*Sera analysé.*)

ÉTUDES CLINIQUES SUR LES MALADIES DES FEMMES, par le Dr Henri SCHAFIER. — Paris, 1885. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne. (*Sera analysé.*)

TRAITÉ DE CHIMIE PHARMACEUTIQUE, par A. GILKINET, professeur à l'Université de Liége, 1885. — Liége, imprimerie Vaillant-Carmanne, 8, rue St-Adalbert. (*Sera analysé.*)

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE, recherches cliniques et expérimentales, par le Dr P. BUDIN, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, accoucheur de la Charité. 1 vol. de 822 p. — Paris, 1885. O. Doin, éditeur.

LES ODEURS DU CORPS HUMAIN DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DANS L'ÉTAT DE MALADIE, par le Dr MONIN.

Nous extrayons du travail humoristique de notre savant confrère le passage suivant qui a trait à l'odeur des organes génitaux de la femme :

Le mucus vaginal a normalement une odeur fade et caractéristique, qui devient forte aux périodes d'invasion des règles : c'est *l'odor di femina*, l'odeur du rut, qui, pour les animaux est l'un des principaux facteurs de l'accouplement. Les odorats fins sentent parfaitement les femmes cataméniées.

Les affections morales exercent sur la sécrétion du mucus une influence analogue à celle que nous signalons pour la peau. Hagendornius (*Hist. méd.* cent. II, hist. 87) cite le fait d'une femme qui, à la suite d'une peur violente, fut prise d'une leucorrhée si fétide qu'elle causa la plus grande répugnance à l'une de ses amies. Le coït, et surtout l'onanisme, exaltent sensiblement l'odeur du mucus vaginal. Il en est de même de certaines maladies générales, du diabète notamment.

Le smegma vaginal possède une odeur spéciale bien différente de celle du smegma préputial : on l'a comparée assez justement au suif fermenté, à la graisse rance.

Le sang menstruel a toujours une odeur particulière, mais bien peu marquée. Le Docteur Wiltshire, accoucheur de St-Mary's hospital, décrit (*Med. Times*, novembre 82), la *bromoménorrhée*, menstruation fétide, dont il signale la fréquence dans la chlorose, dans les altérations organiques du sang, diabète, albuminurie, etc.

Il attribue cette infirmité à une décomposition chimique de l'hémoglobine, et dit avoir constamment observé que les vomissements sanguins des femmes sujettes aux hématémèses, prennent l'odeur spéciale du sang menstruel dans la bromoménorrhée. Nous croyons assez volontiers que cette affection *nouvelle* (?) est due simplement à des caillots retenus par sténose de l'orifice utérin, ou bien à des débris polypeux papillomateux. Enfin, il faut bien se souvenir que, chez les femmes saines de 45 ans, un écoulement sanguin d'odeur nauséabonde, survenant par le vagin, est ordinairement le premier signe avant-coureur du cancer.

Trois ou quatre semaines après la conception, Dumm (*Cinium Lancet*, novembre 1878) a signalé sur l'orifice utérin, la présence d'un enduit présentant une odeur caséeuse : « en imprégnant, dit-il, le doigt de cet enduit, on a un signe indubitable de grossesse, dont l'odeur est difficile à méconnaître. »

Par elles-mêmes, les eaux de l'amnios sont bien peu odorantes. Mais elles semblent facilement s'imprégner des odeurs étrangères. C'est ainsi que Stoltz a nettement constaté, chez une ouvrière de la manufacture de cigares de Strasbourg, le liquide amniotique exhalant l'odeur vireuse du jus de tabac.

La femme en couche répand une odeur particulière, fort complexe, *gravis odor purperii* (Rœder), qui provient des lochies, de la transpiration, de la fièvre, et enfin du lait suintant des mamelles et pénétrant le linge (*Nœgelé*, 1869, p. 223). Quant aux décompositions épithéliales, elles n'ont lieu que vers le 3e ou 4e jour, et donnent naissance à un dégagement considérable d'ammoniaque ; c'est ce qui donne aux lochies rouges leur âcre et pénétrante senteur (Wagners *Handworth., artik. Milch*).

Pour la délivrance, la fétidité des lochies trace la limite de l'expectation (Pajot). A partir de la fétidité, la femme est, en effet, exposée à la septicémie puerpérale. A part le manque absolu (très rare) des soins de propreté, l'odeur infecte des lochies annonce la putréfaction intra-utérine d'une fraction du placenta. Les élévations thermiques brusques accompagnent, d'ailleurs toujours, dans ces cas, la fétidité lochiale, ce qui indique éloquemment l'imminence d'une phlegmasie utérine.

D'après Hervieux, le mélange des lochies avec la plus médiocre quantité de

sang leur donne un caractère de putridité manifeste. Mais cette odeur est bien différente de celle qui annonce la métrite suppurée, celle dont H. Cloquet a pu écrire : « Un médecin prédit, en entrant dans la chambre d'une accouchée, en reconnaissant certaines émanations alcalescentes, qu'une maladie grave va se déclarer, chez cette femme qui paraît encore assez bien portante. (*Art. Olfaction du Dict. des Sc. méd.*) »

Un écoulement lochial brunâtre et d'odeur cadavéreuse indique la terminaison de la phlegmasie par gangrène (*Cazeaux*, éd. Tarnier, 1874, p. 427.)

Du 8e au 10e jour de l'accouchement les lochies dites *laiteuses*, exhalent une odeur fade et *sui generis*, que Levret nomme odeur *lymphatico-spermatique*, néologisme assez heureusement trouvé. Le même Levret (Accouchements, p. 160, 1766) signale la puanteur de charogne des lochies chez les scorbutiques, et observe que, dans le cancer utérin, elles empruntent la fétidité spécifique du cancer.

Il est bon de remarquer, enfin, avec Bouchacourt (*Art. couches* du dict. Dechambre) que l'on peut, en dehors de toute influence septique, phlegmasique ou fébrile, observer une odeur spéciale, excessivement mauvaise, des lochies : « Ce fait qui, dit-il, a été observé exceptionnellement aussi, pour les eaux de l'amnios, ne peut s'expliquer qu'en raison de certaines dispositions idiosyncrasiques, dont on ne saurait déduire d'application utile en pratique. » Il en est de cette odeur comme de celle qui vient de la négligence, du non-renouvellement des linges, de l'obturation trop exacte de la vulve. Certainement, dans tous ces cas, l'odeur peut être forte, fétide. Mais elle n'aura jamais la fétidité septique *sui generis* des lochies, riches en microbes et en organismes inférieurs infectieux, qui viennent annoncer aux odorats exercés l'apparition des plus graves complications puerpérales.

La rétention du fœtus, les concrétions vaginales, les pessaires, les corps étrangers vulvo-vaginaux, amènent des sécrétions qui répandent parfois l'odeur infecte de la putréfaction la plus avancée : « Le muco-pus vaginal sécrété sous l'influence d'un corps étranger, présente une fétidité qui rend très pénible pour le chirurgien le toucher explorateur qui doit précéder tout traitement ». (Poullet, de Lyon.)

Dans sa période aiguë, et tant que le col utérin participe à l'inflammation, l'écoulement de la vaginite exhale presque toujours une odeur très marquée. Celle-ci s'atténue peu à peu et disparaît, au fur et à mesure que la phlegmasie vaginale passe à l'état subaigu ou chronique.

L'issue par le vagin de fèces et de gaz odorants est le signe pathognomonique de la fistule recto-vaginale.

Dans le *cancer utérin*, les métrorrhagies sont souvent fétides, et permettent aux nez exercés le diagnostic à distance (Huguier). Quant à l'odeur des écoulements vaginaux dans le cancer, voilà une de ces odeurs spécifiques, *sui generis*, qu'on oublie peu ! Nauséabonde en même temps que putrilagineuse, c'est une fétidité particulièrement tenace, qui s'attache, avec une remarquable insistance, aux doigts et aux objets, voire même aux habitations. Lebert dit qu'on la rencontre à peu près constamment, mais que chez quelques malades, il y a des alternatives d'écoulements odorants ou non. (*Mal. cancér*. 1851, p. 254.)

L'odeur du cancer utérin est absolument distincte des autres odeurs, parfois si infectes et tenaces, des organes génitaux féminins. Elle est, pour la malade comme pour son entourage une véritable torture. Ni les soins de propreté, ni la ventilation, ni l'antisepsie la plus rigoureuse dans les pansements ne sauraient mettre cette odeur complètement en fuite.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

41. — Le Haschich dans les affections utérines. — Le Dr Michel (de Cavaillon) a fait un travail sur l'emploi des préparations de chanvre indien dans les affections utérines. Il reconnaît à cette substance une double action : à dose modérée, elle est excitante et stimulante ; à haute dose, elle est sédative, calmante, jusqu'à produire la résolution et le sommeil.

Elle est en outre très utile dans la plupart des affections nerveuses, dans la chorée, le tétanos, certains cas d'aliénation mentale, le delirium tremens et les névralgies.

Son action est surtout très manifeste sur le réseau musculaire de l'utérus. On voit, sous son influence, les métrorrhagies s'arrêter et le travail de l'accouchement s'activer à tel point qu'on peut se demander si les préparations de chanvre indien ne remplaceraient pas, avec avantage, le seigle ergoté.

Dans les métrorrhagies, le Dr Michel propose la préparation suivante :

Teinture d'indian hamp	2 gr.
Sirop de sucre	30
Eau	120

Prendre une cuillerée à bouche toutes les cinq ou six heures.



42.— Hydrocèle des enfants. — Le procédé de traitement, dû au Dr Defert, consiste dans la cautérisation de la tunique vaginale, à l'abri du contact de l'air extérieur. Voici comment on opère :

On prépare d'avance un porte-caustique en faisant chauffer à la flamme d'une lampe à alcool l'extrémité cannelée d'un stylet. Dans la cannelure, sur une longueur de deux centimètres environ, on place du nitrate d'argent fondu qui se liquéfie par la chaleur, et se prend ensuite en masse par le refroidissement.

La tunique vaginale, ayant été vidée du liquide qu'elle contenait à l'aide d'un petit trocart ordinaire, on remplace ce dernier par le porte-caustique, contre lequel on presse les divers points de la tunique vaginale.



43. — L'ergot dans la constipation.—La constipation n'est pas chose rare dans le cours des affections utérines. L'emploi des purgatifs ne vient pas toujours à bout de cet état.

M. Granzio rapporte deux cas de constipation causée par l'abus des purgatifs. Trois doses de cinquante centigrammes chacune d'ergot de seigle sont données à deux heures d'intervalle et réussissent à procurer des évacuations. Le jour suivant survient une selle spontanée, et ensuite quelques doses minimes triomphent de cette constipation due à la paresse de la tunique musculeuse des intestins.



44. — L'hazeline comme agent d'hémostase dans les ménorrhagies rebelles. — Cunning, qui préconise l'emploi de ce médicament, en a fait usage dans le cas suivant :

Il s'agit d'une jeune fille atteinte de ménorrhagies rebelles aux moyens usités en pareil cas : ergot de seigle, acide gallique, acide sulfurique. L'auteur donna l'hazeline à la dose d'une demi-drachme de quatre heures en quatre heures. L'hémorrhagie ne tarda pas à s'arrêter sous l'influence de ce médicament que M. Cunning a employé depuis avec succès dans les hémorrhagies rebelles provenant de blessures.



45. — Emploi des lavements chauds dans une invagination chez une petite fille. — Lobson a rapporté dans le *British medical Journal*, l'observation d'une petite fille de trois mois qui fut prise rapidement de troubles généraux graves et d'hémorrhagie intestinale.

A l'examen on constata l'existence d'une tumeur abdominale située transversalement au-dessous de l'ombilic. Le diagnostic établi fut celui d'invagination.

L'enfant fut soumise au chloroforme et on injecta, par le rectum, un demi-litre environ d'eau chaude. Une partie fut rendue, et cette fois, l'abdomen distendu fit reconnaître la tumeur à droite ; le lendemain, elle siégeait à gauche.

L'amélioration n'étant que légère, on revint au chloroforme et aux injections chaudes, en mettant l'enfant la tête en bas. Une partie du lavement rendu présentait des selles presque normales ; une petite nodosité était seule perceptible sur le trajet du côlon ascendant.

Dès le troisième jour, la guérison était définitive ; l'enfant avait repris le sein ; il y avait eu plusieurs selles et la palpation de l'abdomen était absolument négative.

***

46. — Potion stimulante post-métrorrhagique. — Les hémorrhagies consécutives à l'accouchement, les ménorrhagies et les métrorrhagies déterminées par la présence des fibroïdes produisent toujours chez les malades une atonie générale, un sentiment de vide contre lequel il est urgent de réagir.

Le professeur Charles conseille, dans ce cas, la potion stimulante suivante que l'on fait prendre par cuillerées à café :

Eau de mélisse ……………… }	ââ 60 gr.
— fleurs d'oranger ………… }	
Cognac vieux………………………	50 gr.
Sirop d'éther……………………… }	ââ 25 gr.
Sirop de menthe………………… }	
Acétate d'ammoniaque liquide…..	10 gr.

M. S. A.

***

47. — La cocaïne contre les gerçures du mamelon. — La découverte des propriétés anesthésiques de la cocaïne a donné à Unna l'idée de recourir à l'emploi de ce médicament dans les gerçures du mamelon.

Le procédé qu'il employa consistait à badigeonner les gerçures toutes les dix minutes, dans les intervalles des tétées, avec une solution à 1/2 et même 1 pour cent.

Plus tard le Dr Weissemberg (de Colberg), qui essaya ce moyen, en modifia le mode d'emploi.

Il se proposa d'agir avec une énergie plus grande, et, pour cela, il fit les badigeonnages, avec une solution à 2 ou 3 pour cent, de dix minutes en dix minutes et les fit suivre du lavage du mamelon avec un peu d'eau sucrée.

L'auteur rapporte, qu'ainsi employée, la cocaïne a amené en deux jours la sédation de douleurs très violentes. Au bout de quatre à cinq jours, l'ulcère saignant et suppurant se dessécha et guérit.

⁂

48. — Convulsions des enfants. — Barbier a conseillé, pour arrêter promptement les convulsions infantiles, l'emploi simultané des inhalations d'éther camphré, et des frictions tout le long de la colonne vertébrale avec un liniment ainsi composé :

Essence de térébenthine.................	9 gr.
Teinture de Castoreum..................	1 gr.



49.— Indications et contre-indications du seigle ergoté pendant l'accouchement et pendant l'avortement. — Dans un récent article, M. Stapfer résume ainsi cette question si souvent agitée :

« L'interdiction du seigle ergoté pendant l'accouchement ou l'avortement, c'est-à-dire pendant l'expulsion du produit de la conception, fœtus, enveloppes, sang coagulé, est un des axiomes de l'obstétrique.

Le seigle ergoté est un médicament héroïque, quand l'utérus étant vidé, une hémorrhagie survient.

Malgré quelques restrictions qui sont à faire parce que le seigle a des inconvénients même quand l'utérus paraît vide, la proposition reste vraie.

Pendant le travail, le seigle arrête la circulation inter-utéro-placentaire. Il en résulte que l'enfant est tué par asphyxie. Pendant la délivrance, il ferme l'orifice utérin, et, cette porte peut rester aussi solidement close que celle d'une prison. Dans cette prison l'arrière-faix, placenta, membranes et caillots, risquent d'être retenus et de se putréfier. Il en résulte que les femmes sont exposées à la septicémie.

Quand l'utérus est vide, même action, mais toute bienfaisante, *du moins au moment où on la provoque*. La tétanisation de cet organe

ferme les mailles béantes du puissant réseau musculaire qui enlace les vaisseaux. Elle serre ces ligatures vivantes (Pinard). Il en résulte que les hémorrhagies cessent et que le flot de sang qui emporte la vie des femmes est arrêté. »



50.— La noix vomique contre la procidence de l'anus.— L'extrait de noix vomique a été employé avec succès par M. Schwartz contre la procidence du rectum chez les enfants, et cela même lorsque la maladie, négligée, avait passé à l'état chronique.

La dose prescrite est de 5 à 10 centigrammes dissous dans un verre d'eau distillée dont l'auteur fait prendre sept, huit, ou dix gouttes toutes les quatre heures.

D'ordinaire la procidence disparaît en vingt-quatre heures. Chez les enfants de 1 à 2 ans la dose est abaissée à deux à trois gouttes.

Pour prévenir la récidive, on continue l'usage du médicament pendant huit jours après la guérison en le donnant seulement deux fois par jour.

Si la procidence déjà ancienne ne cède pas dès les premiers jours, on ajoute 4 grammes d'extrait de ratanhia.

La noix vomique agissant alors contre la paralysie de l'intestin et le ratanhia par son astringence, arrêtent la diarrhée que provoque le relâchement de l'intestin.



51. — Prurit vulvaire (Menière, d'Angers). —Tout en se rappelant que le prurit vulvaire a le plus souvent une origine diathésique et que, par suite, le traitement général doit avant tout être institué, il est utile cependant de ne pas négliger les applications locales. Voici la formule d'un glycérolé qui réussit souvent et dont on doit faire précéder l'emploi d'un bain de siège ou d'un lavage à l'eau de tilleul excessivement chaude.

Glycérolé d'amidon..................	30 gr.
Oxyde de zinc.........................	6 gr.
Bromure potassique..................	10 gr.
Extrait de chanvre indien..	2 gr.

F. S. A. mélange.

Lorsqu'on a affaire au prurit vulvaire qui accompagne l'acné, l'auteur conseille des applications bi-quotidiennes de savon noir mou pendant une demi-heure. On procède ensuite à un lavage avec une infusion très concentrée et très chaude de thé noir.

* * *

52. — Ulcérations esthioménales. — Le même auteur met en doute la curabilité du véritable esthiomène de la vulve ; il pense que les ulcérations guéries par les topiques tels que le sulfure de carbone et l'iodoforme étaient très probablement syphilitiques.

Dans l'esthiomène au début, il conseille l'application de poudre de Vienne ou de pâte caustique de Canquoin, et dans le but de rendre ces applications moins douloureuses, il formule le mélange suivant :

Pâte de canquoin à la glycérine..........	20 gr.
Extrait thébaïque......................	1 gr.

La durée de l'application est de quatre, six, huit, dix heures, suivant la profondeur ou l'épaisseur des ulcérations esthioménales à détruire.



53. — Vulvo-vaginite chez les enfants. — Le Dr Cseri a fait une série de recherches sur la vulvo-vaginite des petites filles, recherches qu'il a consignées dans un mémoire lu il y a quelques semaines à la Société de Buda-Pesth. L'auteur a examiné plus de trente sujets et dans la sécrétion vaginale, il a toujours rencontré un nouvel organisme qui, par son aspect microscopique et sa manière de se comporter dans les cultures, est identique au gonococcus de Neisser.

Voici les conclusions auxquelles est arrivé le Dr Cseri :

1° Un grand nombre de vulvo-vaginites appelées catarrhales, surtout celles à forme chronique, sont infectieuses ;

2° Dans la sécrétion de forme infectieuse se rencontre toujours un microbe caractéristique, qui ne peut être que le gonococcus ;

3° La vulvo-vaginite est contagieuse et met en danger les yeux des enfants qui en sont atteints, au même titre qu'une affection blennorrhagique ;

4° La sécrétion tache le linge et les draps.

La prophylaxie consiste dans l'isolement des petits malades et le traitement désinfectant.



54. — Propriétés astringentes de l'hamamelis virginica; indications de l'emploi de ce médicament. — Le Dr Bianchi a étudié les propriétés de l'hamamelis virginica dont la thérapeutique fait usage sous la forme de poudre de feuilles ou d'écorces, de teinture alcoolique, etc.

C'est à leur grande richesse en acide tannique (20 %) que les préparations d'hamamelis doivent leurs propriétés thérapeutiques. Aussi donnent-elles d'excellents résultats partout où l'emploi des astringents est parfaitement indiqué : tels sont, par exemple, les cas de leucorrhée rebelle, de chute du rectum et de la matrice, de métrorrhagies et de ménorrhagies.

Le Dr Tison rapporte même un cas où chez une femme de 48 ans, atteinte d'œdème des jambes et d'ulcères variqueux, l'emploi des préparations d'hamamelis amena la guérison des ulcères et la diminution du gonflement des jambes.

A l'intérieur, la poudre d'hamamelis virginica s'administre sous la forme de pilules contenant chacune, au maximum, 50 centigrammes de substance active (quatre pilules par jour, deux avant chaque repas). On prescrit aussi une décoction préparée avec 30 grammes d'écorce, ou de l'extrait alcoolique d'hamamelis en pilules (quatre pilules par jour, contenant chacune 0.05 d'extrait).

A l'extérieur, la poudre de feuilles et l'extrait s'emploient sous forme de pommade et de suppositoires.



55. — Le bi-iodure de mercure comme désinfectant en obstétrique. — Le Dr Bernardy préconise l'usage du bi-iodure de mercure, dans les cas où il est nécessaire de se servir des antiseptiques. Voici la manière dont il prépare la solution :

Trois grains 1/2 (environ 23 centigrammes) de bi-iodure de mercure sont triturés dans un mortier avec un quart d'eau bouillante, de manière à obtenir une solution à 1 partie de sel pour 4.390 parties d'eau. Le Dr Bernardy cite trois cas dans lesquels les irrigations vaginales

faites avec cette solution au 4 millième, ont donné les meilleurs résultats, lorsque tous les autres agents avaient échoué.

L'auteur raconte que ce sont d'une part les travaux du Dr Miquel, sur cette substance employée comme germicide, et d'autre part la détermination du minimum de substances désinfectantes nécessaires pour prévenir la fermentation dans un litre de bouillon stérilisé, qui ont appelé son attention sur l'emploi de ce moyen au cas de l'obstétrique.

Les expériences ont montré que les mercuriaux sont les meilleurs antiseptiques et que le bi-iodure est environ trois fois plus puissant que le bichlorure. Dans la table des désinfectants le bi-iodure occupe la tête de la liste. Pour un litre de bouillon de bœuf stérilisé il faut environ 0,025 de bi-iodure et 0,070 de bichlorure. Les expériences démontrent que la vie des bactéries est impossible dans une solution renfermant 1/40 millième de bi-iodure, tandis qu'il faut, pour la même quantité, 1/14 millième de bichlorure.



56. — Traitement de la cystocèle vaginale. — Le docteur Delthil a signalé plusieurs guérisons de cettte affection à l'aide d'un moyen assez simple.

Pensant que la stagnation et la décomposition de l'urine dans le cul-de-sac vésical sont les causes, non seulement du mauvais état général qui s'empare des malades, mais aussi de l'altération de la paroi vésicale, il applique à demeure, pendant un mois ou un mois et demi, la sonde de Sims, et en même temps il place dans le vagin un ballon à air. L'urine ne stagne plus et la paroi vésicale reprend sa forme.

Ce moyen est certainement bon à essayer ; mais cependant, en raison même des causes que l'auteur attribue à l'affection, on doit ne pas négliger l'état général de la malade.



57. — Traitement des hémorrhagies utérines. — M. Richardson indique dans les cas d'hémorrhagies utérines l'emploi de cristaux d'alun du volume d'une noisette qu'il introduit dans la cavité du col de l'utérus en les refoulant jusqu'à l'orifice interne.

L'utérus se contracte rapidement ; il se forme un coagulum dur et l'hémorrhagie s'arrête. L'auteur fait remarquer qu'à l'action hémostatique de l'alun vient s'ajouter son action antiseptique et il cite, à ce sujet, des cas où il a vu des caillots sanguins qui avaient séjourné quatre ou cinq jours dans la cavité utérine sans éprouver la moindre décomposition. Lorsqu'on est en présence d'une hémorrhagie utérine post-partum, il recommande d'enlever avec soin les restes du placenta et les caillots avant d'introduire le morceau d'alun.

M. Richardson a expérimenté comparativement les divers procédés d'hémostases les plus usités : tamponnement, injections, frictions utérines, application du courant galvanique, glace, injection d'eau chaude ou d'eau froide, douches froides sur l'abdomen, compression de l'aorte, injections de perchlorure de fer. Parmi ces procédés, les uns exigent une instrumentation spéciale qu'on n'a pas toujours sous la main ; d'autres nécessitent, pour être mis en œuvre, une grande perte de temps. Les injections de substances styptiques ne sont pas dépourvues de dangers. On en peut dire autant des applications du froid. Aucun de ces inconvénients n'est à redouter, dit l'auteur, quand on fait l'hémostase avec des cristaux d'alun et mieux encore avec des cristaux de sulfate double d'albumine et d'ammonium. On enveloppe un fragment de cristal dans de la gaze et on l'introduit dans l'utérus, en ayant soin de laisser pendre hors de la cavité utérine le bout formé par le rebord libre du morceau de gaze, pour pouvoir retirer le tout facilement. On obtient ainsi une contraction immédiate de l'utérus. Pendant les deux jours qui suivront, on devra s'abstenir de pratiquer le toucher ; au bout de ce temps, on fera une injection d'eau chaude, pour débarrasser le vagin des caillots de sang.

Le même traitement peut être employé contre les hémorrhagies d'autre origine. Ainsi Richardson y a eu recours avec succès dans deux cas de cancer de l'utérus avec métrorrhagies profuses.

***

58. — Emploi du vinaigre dans les métrorrhagies post-partum. — Rapprochons du traitement externe préconisé par le Dr Richardson, l'emploi à l'intérieur du vinaigre de vin, proposé par le Dr Grigg. Selon cet auteur, l'ingestion par la bouche d'un verre de cette substance constituerait, dans les cas d'hémorrhagies puerpérales,

un remède plus efficace que le seigle ergoté, pour mettre l'utérus en état de contracture et tarir ainsi l'hémorrhagie.

M. Grigg recommande de n'employer ce remède qu'après l'expulsion complète du placenta, en raison de l'action nettement prononcée du vinaigre de vin.

* * *

59. — Le sulfate de fer dans la diarrhée infantile. — Le Dr Roth conseille l'emploi du sulfate de fer, lorsque l'acidité persiste et ne disparaît pas sous l'influenee des absorbants et des toniques.

L'action de ce médicament est complexe.

En premier lieu, comme désinfectant ; ensuite, comme astringent ; il préserve les vaisseaux de la muqueuse congestionnée, et coagule les substances albuminoïdes. Pour que ces effets se produisent, il faut administrer le médicament durant quelques semaines. L'auteur emploie la formule suivante :

Sulfate de fer........................	7 centigrammes.
Gomme arabique en poudre..........	ãã 20 grammes.
Jarabe................................	

Une petite cuillerée toutes les deux heures.



60. — Emploi de la tourbe pour le tamponnement du vagin. — Le Dr Leisrink s'inspirant des essais qui ont été faits en Allemagne pour faire servir la tourbe au pansement des plaies, a eu l'idée d'utiliser cette substance au tamponnement du vagin. A cet effet, il constitue de petits cylindres de 4 à 5 centimètres de longueur formés de sachets de gaz remplis de tourbe. Ces sachets sont subdivisés en petits compartiments par des coutures, et cela afin d'éviter le tassement de la substance. Ces sachets et leur contenu peuvent être rendus antiseptiques par les procédés ordinairement en usage : acide borique, sublimé, iodoforme. L'emploi de semblables tampons dont l'introduction ne présente aucune difficulté, donne d'excellents résultats dans les cas de métrorrhagies et dans les affections du col, réclamant l'emploi des topiques.



61. — Le sublimé en obstétrique. — Le professeur E. Hubert (de Louvain), qui s'est élevé avec raison contre l'abus qu'on a fait du sublimé en obstétrique, dans ces derniers temps, résume ainsi sa manière de voir, à l'égard de cet agent d'antisepsie :

Il est bien établi que certaines personnes ne supportent pas le mercure, et sont, de suite, prises de salivation, tandis que d'autres prennent du sublimé corrosif ou du protoiodure pendant des mois, sans ressentir le moindre effet désagréable.

L'état d'anémie ne prédispose pas à l'intolérance pour le mercure. On a fait dans diverses circonstances, des irrigations au sublimé, après des hémorrhagies graves, sans provoquer d'intoxication.

L'anémie habituelle paraît exposer davantage à l'intoxication. Mais, si cette anémie résulte d'une maladie puerpérale de longue durée, au cours de laquelle on a fait beaucoup d'irrigations au sublimé corrosif, l'observation perd beaucoup de sa force démonstrative.

Il est certain que l'on ne peut continuer les injections de lavage au sublimé pendant des semaines.

Répétées plusieurs fois par jour, elles déterminent presque constamment après cinq à six jours, de la salivation et de la diarrhée.

Abstraction faite de l'intestin, les ravages les plus fréquents du bichlorure de mercure portent sur l'appareil rénal. Les désordres fonctionnels qu'il y produit sont naturellement d'une importance plus considérable pour l'organisme que les désordres intestinaux.

L'intoxication n'est ni aussi bénigne ni aussi passagère que l'intoxication éphémère par l'acide phénique. Les accidents d'empoisonnement par le sublimé doivent donc contribuer à restreindre de beaucoup l'emploi de cet agent.



62. — Hémostase dans les affections utérines. — Le docteur Huchard conseille, dans les hémorrhagies de l'utérus, l'emploi de la formule suivante dans laquelle l'ergotine et le sulfate de quinine s'adressent à la contractilité des vaisseaux, la digitale à la circulation et la jusquiame à l'élément irritatif et douloureux.

Ergotine	}	ââ 2 gr.
Sulfate de quinine	}	
Poudre de digitale	}	ââ 0,20 centig.
Extrait de jusquiame	}	
pour 20 pilules.		

On en prescrit de 5 à 8 ou 10 par jour.



63. — Pansement désinfectant dans le cancer utérin. — Le Dr Gillette conseille le pansement suivant pour remédier à l'odeur repoussante qu'exhalent les malades atteintes de cancer utérin :

Iodoforme	18 gr.
Sulfate de quinine	3 gr.
Charbon pulvérisé	15 gr.
Essence de menthe	40 *gouttes*

L'essence de menthe sert à masquer en partie l'odeur désagréable et tenace de l'iodoforme.

Voici la manière de faire usage de cette préparation : un tampon de coton est imprégné, intus et extra, de cette poudre et à l'aide du spéculum, on le place directement sur la surface ulcérée du col.

Dans le cas où l'application du spéculum n'est pas possible, on enrobe le tampon de vaseline avant de l'introduire.

Il ne faut pas déterger l'ulcère avant d'appliquer le pansement, que l'on renouvelle à des intervalles variant de quatre à dix jours.



64. — L'avortement et son traitement, par le Dr SCHWARZ. — L'auteur reconnait que l'avortement demande un traitement qui, en dehors des précautions antiseptiques d'usage, doit varier suivant deux circonstances principales : ou l'avortement peut être arrêté, et dans ce cas les moyens employés doivent être le repos et les opiacés, ou bien toute chance est perdue de voir continuer la grossesse.

Le Dr Schwarz considère le tamponnement comme le meilleur moyen d'arrêter l'hémorrhagie, si l'œuf est entier ; au cas où l'élimi-

nation de ce dernier se ferait attendre, pratiquer des irrigations froides dans la partie inférieure de l'utérus et dans le col et recourir à la dilatation.

Le tamponnement est contre-indiqué, d'après l'auteur, si l'œuf n'est pas entier. On doit alors l'extraire avec le doigt après avoir pratiqué la dilatation.

Enfin, s'il ne reste dans l'utérus que des débris de membranes, c'est au curettage qu'il faut avoir recours, en faisant suivre cette opération d'une irrigation intra-utérine.

***

65. — L'allaitement chez les nouveau-nés syphilitiques. — Chez les enfants nouveau-nés syphilitiques, les expériences qui se poursuivent à la nourricerie de l'hospice des Enfants assistés ont démontré que l'allaitement direct au pis de l'ânesse, joint à la médication mercurielle, constitue le seul moyen de sauver ces enfants d'une mort presque certaine.

A la ville, ce procédé étant peu praticable, il faut faire prendre, à l'aide du biberon, au nourrisson syphilitique environ 500 gr. de lait d'ânesse coupé de 100 gr. d'eau ayant bouilli.



66. — Médicaments modificateurs de la sécrétion lactée. — Le professeur Guirleo (de Naples) signale une plante de la pharmacopée américaine, renommée pour ses propriétés sudorifiques, la *ditana digitifolia*. L'infusion et la teinture éthérée que l'on prépare avec les fleurs de cette plante exercent une action stimulante très prononcée sur la sécrétion du lait.

Par contre, les infusions préparées avec les feuilles du *rhamnus alalatemus* et du *ligustrum vulgare* dans la proportion de 1 partie de feuilles pour 50 parties d'eau, tarissent la sécrétion lactée.



67. — Les injections vaginales avant l'accouchement. — Le professeur Fritsch se demande, dans son ouvrage sur la pathologie et le traitement des affections puerpérales, s'il faut tou-

jours avant l'accouchement faire des injections vaginales, ou bien s'il faut les réserver pour certains cas de flueurs blanches.

L'auteur considère les injections au moins comme inutiles d'ordinaire, parce qu'il est impossible d'obtenir par ce moyen une stérilisation complète du vagin et qu'en outre les bactéries qui grouillent dans ce canal sont complètement inoffensives.

Les injections vaginales chaudes peuvent avoir des inconvénients, parce qu'elles produisent une véritable desquamation de l'épithélium.

Le professeur Fritsch admet, au contraire, les injections vaginales dans les cas d'écoulement blennorrhagique ou lorsqu'il s'agit de prévenir l'infection de l'enfant. Il les conseille aussi dans les cliniques obstétricales comme mesure d'antisepsie.

FORMULAIRE

—

L'antipyrine comme agent hémostatique en gynécologie

(J. Chéron).

Au congrès de Grenoble (août 1885), M. Arduin appelait l'attention sur l'action hémostatique de l'antipyrine et rapportait une expérience intéressante destinée à montrer l'action comparative de l'antipyrine, de l'ergotine et du perchlorure de fer :

« Après avoir sectionné les trois orteils de la patte droite de trois cobayes de la même grosseur, on plonge les membres amputés dans des solutions à peu près identiques des trois médicaments à étudier.

Pour la plaie qui est trempée dans la solution d'ergotine, l'hémorrhagie est arrêtée en sept minutes d'une façon définitive; une certaine quantité de sang mêlée à la solution se coagule.

L'hémorrhagie de la plaie qui est trempée dans le perchlorure de fer s'arrête après neuf minutes, mais se renouvelle quelques instants après, de sorte qu'il faut replonger la patte encore un certain temps pour obtenir un arrêt définitif ; en outre, la quantité de sang écoulé est supérieure à celle qui s'est mêlée à la solution d'ergotine.

Quant à l'action de la solution d'antipyrine, quatre minutes suffisent pour arrêter définitivement la même hémorrhagie, et l'écoulement du sang a été très peu abondant.

D'autres expériences ont été faites sur des lapins, et nous arrêtons encore une hémorrhagie considérable produite par la section des vaisseaux fémoraux. Dans un de ces cas, nous avons employé l'amadou imbibé d'une solution forte d'antipyrine, ainsi que le coton antipyriné. »

On comprend, d'après cela, le parti qu'on peut tirer de la solution d'antipyrine dans les métrorrhagies, dans les hémorrhoïdes fluentes, dans le cancer du col de l'utérus où les propriétés antiputrides de l'antipyrine sont utilisées en même temps que son action hémostatique, et dans un certain nombre d'opérations pratiquées sur la vulve, le col de l'utérus et le vagin, notamment dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Jusqu'ici l'action hémostatique de l'antipyrine est restée un phénomène local, une action topique qui, par conséquent, ne saurait être comparable à celle de l'ergotine prise à l'intérieur ou injectée sous la peau.

La *Independencia medica* rapporte que le Dr Cosati ayant eu connaissance des propriétés hémostatiques de l'antipyrine en a obtenu de bons résultats dans plusieurs sortes d'hémorrhagies, et de ses observations il conclut :

1° L'antipyrine est un hémostatique puissant ;

2° Elle est supérieure au perchlorure de fer, parce qu'elle laisse la plaie parfaitement propre ;

3° Elle est supérieure au thermocautère, parce qu'elle ne donne pas d'eschare ;

4° Elle est bien supérieure à l'ergotine, parce qu'elle n'a pas d'action toxique si ce n'est à doses très élevées ;

5° Dans bien des cas, on doit la préférer à cause de sa double action antipyrétique et antiseptique ;

6° L'action hémostatique se manifeste en un temps très court. »

C'est à la dose de 4 à 5 pour cent que l'antipyrine a donné ces bons résultats, et c'est à cette dose de 4 % que nous l'avons employée avec succès dans les circonstances suivantes :

Une accouchée, grosse, grande, lymphatique, avait, depuis son accouchement, des hémorrhagies continuelles que l'ergotine, prise à l'intérieur, ne modifièrent nullement. A plusieurs reprises, on avait touché l'orifice du canal cervical qui portait une déchirure, source de l'hémorrhagie, avec le perchlorure de fer ; mais on n'avait eu qu'un arrêt temporaire. Un seul lavage de la région fait avec une solution d'antipyrine à 4 % arrêta l'hémorrhagie qui ne se reproduisit plus.

Nous avons pu pratiquer une opération de fistule vésico-vaginale, sans être en aucune façon gêné par le sang ; toutes les fois qu'il faisait son apparition, un attouchement simple avec un pinceau imbibé de la solution à 4 °/₀ l'arrêtait instantanément.

Dans deux opérations de périnéorraphie, dans l'une d'elles surtout où nous étions gêné par le sang, la solution d'antipyrine à 4 °/₀ nous a rendu le même service.

Les injections ou les lavages faits directement sur l'épithélioma du col de l'utérus ulcéré nous ont présenté les avantages suivants :

Arrêt des hémorrhagies, diminution de l'écoulement séro-purulent qui perd son odeur, cessation de ces battements pulsatiles, prémonitoires des hémorrhagies, si pénibles aux malades.

L'antipyrine en solution 4 ou 5 °/₀ dans la glycérine peut être utilisée en pansements dans les cas d'ulcérations fongueuses. L'action hémostatique de l'antipyrine s'unit alors à l'action déplétive de la glycérine.

Le seul inconvénient de l'emploi d'un semblable moyen, c'est le prix relativement élevé de la solution à 5 %.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

LE VIBURNUM PRUNIFOLIUM COMME ANTI-ABORTIF. — TRAITEMENT DES DÉCHIRURES DU COL AVEC CICATRICES VICIEUSES (ECTROPION CICATRICIEL DOULOUREUX DE ROSER) PAR L'IGNIPUNCTURE.

M. W. Orr publie dans la *Médical Brief* (New-York), nº de février, p. 13, une note intéressante sur l'emploi de ce médicament pour arrêter les avortements qui menacent de se produire. Si le repos, les lavements laudanisés, les suppositoires belladonés et morphinés, les lavements de chloral, etc., etc., suffisent, dans un grand nombre de cas, à calmer l'utérus et à empêcher l'expulsion prématurée du produit de la conception, dans quelques circonstances, ces moyens se montrent absolument inefficaces. La recherche de nouveaux sédatifs de l'utérus est donc logique et mérite d'être encouragée.

« Le viburnum prunifolium, dit M. Orr, n'est pas un remède très nouveau, mais je suis convaincu que ses propriétés ne sont pas aussi bien comprises des praticiens qu'elles le mériteraient. C'est un nervin, un antispasmodique, un diurétique, un tonique et un astringent. Il semble exercer une influence spéciale sur l'utérus. C'est le remède, par excellence, de l'avortement qui menace de se faire, ainsi que le montrent les observations suivantes,

« 1° C. P..., femme de couleur, 33 ans, a fait successivement trois fausses couches de 5 mois. Je la vois en septembre 1876, au 5e mois de la grossesse, époque habituelle de ses avortements. Il y avait des douleurs toutes les 15 minutes. Je commençai l'usage de l'extrait fluide de viburnum prunifolium, une cuillerée à thé toutes les heures, jusqu'à cessation des douleurs, ce qui arriva après 4 doses qui firent cesser les contractions utérines. Je lui laissai une potion, en lui ordonnant d'en prendre à la moindre crainte de douleur et d'en continuer l'usage jusqu'à ce que tout symptôme ait disparu. Pendant plusieurs jours elle en prit à plusieurs reprises et je ne la vis que lorsque je fus appelé pour l'accoucher d'un enfant bien portant, le premier qu'elle ait pu porter à terme. Au mois de juin 1882 je fus de nouveau consulté : elle était au 5e mois de sa grossesse et reprise des mêmes menaces d'avortement. Je prescrivis le même traitement avec le même succès et, quelques mois après, je l'accouchai d'un enfant bien portant et bien conformé.

« 2° Mme R., 24 ans, fait une fausse couche de 7 mois, puis un certain nombre d'avortements de 3 mois, si bien que l'habitude en était prise. En décembre 1883, on me fit appeler et j'arrivai à temps seulement pour assister à l'expulsion d'un fœtus de 3 mois. Je recommandai au mari de me faire appeler, à la grossesse suivante, dès les premiers symptômes d'avortement, et lui laissai une certaine quantité de viburnum prunifolium, afin que la malade en prît dès les premières douleurs. Quelques mois après je fus appelé, mais, grâce à l'action rapide du remède, qu'on avait donné suivant mes conseils, je n'eus que peu de chose à faire. A peu près à chaque mois de sa grossesse, elle eut des symptômes d'avortement, qui cessèrent bientôt à l'administration du viburnum. A la fin du 9e mois, elle mit au monde une fille superbe, qu'elle et son mari reconnaissent devoir à ce remède merveilleux. »

Cette note m'a paru d'autant plus intéressante à traduire en français qu'il s'agit d'un médicament encore peu usité en notre pays, et dont l'action est cependant manifeste en beaucoup de cas rebelles aux autres moyens de traitement. Le directeur de

cette revue a rapporté dans le numéro de décembre 1885 (1) deux observations analogues aux précédentes. Tout dernièrement encore il a obtenu un succès complet chez une malade qui avait fait, depuis son mariage, trois fausses-couches successives, toutes au commencement du cinquième mois. Devenue enceinte pour la quatrième fois, et, arrivée à l'époque fatale, ayant déjà perdu du sang, le col commençant à se dilater et le médecin qui la soignait habituellement ayant déclaré l'avortement inévitable, quoi qu'on fît, elle demanda l'avis de M. Chéron.

Celui-ci lui conseilla de prendre 40 gouttes de teinture de viburnum prunifolium, dans la journée, en quatre fois, le traitement fut continué quelques jours ; le col se referma, et l'hémorrhagie fut rapidement arrêtée. Au bout de quinze jours la malade put se lever, elle est actuellement près du terme, en parfaite santé.

Je rappellerai seulement que, d'après le Dr Chéron, la meilleure préparation est la teinture qu'on peut ordonner soit seule, à la dose de 30 à 40 gouttes par jour, par 5 à 10 gouttes à la fois, soit sous forme de potion, suivant la formule suivante :

Teinture de viburnum prunifolium...	40 gouttes
Elixir de Garus......................	30 grammes
Sirop simple..........................	30 grammes
Eau distillée..........................	60 grammes

A prendre, dans la journée, par cuillerée à bouche, toutes les heures ou toutes les 1/2 heures suivant l'urgence.

Les déchirures du col sont souvent très bien tolérées ou bien se cicatrisent d'une façon heureuse dans un grand nombre de cas. On observe cependant quelquefois des déchirures très profondes, bilatérales ou unilatérales, s'étendant depuis l'orifice externe du canal cervical jusque près des culs-de-sac vaginaux, déchirures au niveau desquelles se fait un ectro-

(1) Jules Chéron. Le viburnum prunifolium considéré comme sédatif utérin plus particulièrement dans la dysménorrhée et l'avortement.

pion plus ou moins marqué, en général facile à reconnaître au spéculum et même au toucher vaginal, déchirures dont les angles se cicatrisent vicieusement, par formation d'un tissu cicatriciel fibreux, blanc nacré à la vue, dur et surtout excessivement douloureux au toucher. Aussitôt que le doigt atteint l'angle de la cicatrice, la femme se retire brusquement et pousse un cri, tandis que, dans tous les autres points, l'utérus est très peu sensible à la pression. C'est à cette forme spéciale de déchirures du col que Roser a donné le nom d'Ectropion cicatriciel douloureux, affection qui s'accompagne souvent de troubles réflexes très importants du côté des organes éloignés de l'utérus. C'est aussi dans ces cas que l'opération d'Emmet semble le plus justifiée, car la restauration du col amène en général la disparition rapide de ces troubles réflexes.

Néanmoins de nombreux gynécologistes anglais préfèrent, dans cette circonstance, recourir à l'ablation de la cicatrice au moyen du thermo-cautère, à l'ignipuncture en un mot. Cette dernière manière de faire a pour elle son innocuité absolue, sa plus grande facilité et sa réelle efficacité ; elle a été défendue ici même à plusieurs reprises, par M. Chéron. Le fait suivant, qu'il m'a été donné d'observer l'année dernière, à la Clinique de la rue de Savoie, vient à l'appui des partisans de l'ignipuncture ; je n'en donne ici que le résumé, me réservant de publier l'observation détaillée dans un travail plus étendu :

Mme X..., 38 ans, couturière, mère de 5 enfants, a fait une fausse couche à la suite d'une chute dans un escalier. Elle vient consulter pour des crachements de sang abondants survenant à chaque époque, depuis 7 mois, avec disparition de tout écoulement menstruel. A l'examen on trouve une déchirure profonde du col, dirigée à droite et en haut, dont l'angle supéro-externe est comblé par un petit nodule fibreux blanc nacré, très dur et excessivement douloureux à la pression. Les lèvres de l'orifice sont rouges et il existe un commencement d'ectropion. Diagnostic : Ectropion cicatriciel douloureux de Roser. — Traitement : Injections vaginales chaudes boriquées. Pansements glycérinés. Dou-

ches froides. L'auscultation et la percussion n'indiquent aucune lésion pulmonaire.

Le 5 janvier 1885, M. Chéron détruit la cicatrice avec le couteau du thermo-cautère, ce qui est fait sans difficulté et en quelques minutes. Lavage picrique, pansement, etc. La malade reste au lit 8 jours. Les règles étaient attendues le 26 janvier; deux jours avant, on fait prendre à la malade, qui s'était levée le 9 et n'avait eu aucun accident après l'opération, de la teinture d'anémone pulsatile : le 20, elle avait eu une légère hémoptysie; celle-ci ne dura pas, et, le 26, elle avait une menstruation régulière, complètement utérine. Les règles suivantes continuèrent à être normales, sans la plus légère déviation du côté des poumons ou de tout autre organe.

J. BATUAUD.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE ÉTRANGÈRE

—

ABLATION D'UN KYSTE MULTILOCULAIRE DE L'OVAIRE PESANT SOIXANTE-CINQ LIVRES. — GUÉRISON, PAR LE Dr BŒRSTLER. — SEPTICÉMIE INSIDIEUSE, PAR LE Dr ENGELMANN.

Le Docteur G.W. Bœrstler, de Lancaster, a fait, dans la *Gazette obstétricale de Cincinnati*, la relation d'une opération d'ablation d'un kyste multiloculaire de l'ovaire pesant soixante-cinq livres, suivie de guérison. La malade qui a été l'objet de cette opération est une femme de 44 ans, mère de quinze enfants, dont quatorze étaient encore vivants au moment où elle a été opérée. Elle n'eut recours à un médecin que pour son dernier accouchement, et ce fut le Dr Bœrstler qui présida à la naissance de ce dernier enfant.

Quinze mois après cet accouchement, appelé par cette malade, il constata que le ventre était très distendu par une tumeur que l'on pouvait parfaitement délimiter et qui s'élevait jusqu'à l'ombilic. Il lui propose une opération qu'elle refusa. Il la revit plus tard, un an après. Elle avait des règles abondantes toutes les deux

ou trois semaines, pouvait à peine marcher avec la plus grande difficulté, était forcée de dormir dans un fauteuil ; elle avait des nausées constantes et de fréquents vomissements ; les intestins étaient extrêmement irrités et la miction ne se faisait qu'avec douleur et sensation de brûlure ; l'émaciation avait été très rapide et elle présentait l'aspect caractéristique du « *facies ovarien* ». L'abdomen était envahi par une masse irrégulière qui remontait à droite jusqu'à l'ombilic ; l'utérus avait sa dimension normale, mais était comprimé en bas et à droite. Le ventre mesurait en circonférence, au niveau de l'ombilic, 59 pouces ; la distance de l'ombilic à la pointe du sternum était de 13 pouces et de l'ombilic à la symphyse pubienne de 15 pouces.

Le Docteur Bœrstler consentit à opérer la malade qui en manifestait le plus vif désir.

Après l'avoir anesthésiée complètement au moyen de l'éther, il fit, sur la ligne médiane, une incision s'étendant de l'ombilic presque jusqu'au pubis. Les muscles de l'abdomen étaient tellement amincis par la pression continuelle de la tumeur que l'épaisseur des parois ne dépassait pas un quart de pouce. Le péritoine et le kyste étaient intimement adhérents entre eux. La poche kystique fut largement ouverte et, la malade s'étant couchée sur le côté, le kyste principal se vida rapidement d'un liquide albumineux épais ; il vida deux autres kystes volumineux en passant la main dans le premier kyste vide et en déchirant les parois avec les doigts. Séparant avec soin le sac kystique du péritoine à l'aide des doigts et d'une sonde d'homme en acier, il put introduire la main, arracher les dernières adhérences pariétales qui étaient lâches et enlever la plus grande partie de la masse. L'épiploon vint avec ; il était très solidement adhérent et ses vaisseaux étaient très augmentés de volume, il plaça plusieurs ligatures de soie forte et le sectionna.

Le sang fut soigneusement enlevé de la cavité abdominale. Comme il n'y avait pas de pédicule distinct et comme l'utérus et ses annexes formaient avec la portion inférieure de la tumeur une masse unique, solidement fixée au bassin, n'osant pas se hasarder à tenter de les séparer, il fit la section de la poche kystique tout

simplement aussi bas que possible et la fixa aux bords de la plaie abdominale, plaça un tube à drainage en verre et ferma l'incision au moyen de suture avec du fil de soie, puis fit le pansement.

L'opération avait duré un peu plus d'une heure, mais la patiente n'était pas trop fatiguée. Elle ne prit pendant 48 heures que du lait glacé et du thé de bœuf. Le tube fut enlevé le 7[me] jour. La température ne s'éleva pas au-dessus de 39° centig. On n'eut recours ni à aucun calmant ni au cathéter, l'émission de l'urine se faisant facilement et abondamment. La tympanite qui, dans bien des cas, vient vers le troisième ou quatrième jour après l'ovariotomie, troubler les suites de l'opération, ne se montra à aucun moment. Le neuvième jour un purgatif débarrassa l'intestin et le vingt-unième jour, l'opérée se leva parfaitement guérie.

Cette opération présentait, en raison de l'énorme volume de la tumeur, de la nature multiloculaire et des adhérences solides qu'elle avait contractées avec le péritoine de sérieuses difficultés. L'étendue et la solidité des adhérences soit à la paroi de l'abdomen, soit aux viscères qui y sont contenus ont toujours été considérées comme des contre-indications à l'ovariotomie ou, du moins, comme des conditions des plus défavorables à la réussite de l'opération, surtout dans les cas de kystes multiloculaires. Cependant, les perfectionnements du mode opératoire et des procédés antiseptiques, joints à l'habileté toujours croissante des chirurgiens permettent aujourd'hui de mener à bien, des opérations réputées téméraires, il y a quelques années. Nos chirurgiens français nous ont accoutumés à de remarquables succès sur ce terrain de la chirurgie. Il n'en est pas moins vrai que l'opération relatée par le D[r] Bœrstler fait le plus grand honneur à son auteur.

Le Docteur G. J. Engelmann, de St-Louis, a appelé, tout récemment, l'attention sur une forme *rare*, *trompeuse* et *fatale* de septicémie à laquelle il donne le nom de *septicémie insidieuse*. Cette maladie qu'il a observée sur un certain nombre de ses malades, présente des symptômes si différents de ceux qu'on regarde comme caractéristiques de la septicémie que les plus éminents

praticiens peuvent être absolument trompés dans leur diagnostic. La marche en est insidieuse, le diagnostic souvent impossible et la terminaison presque toujours fatale.

D'après lui, l'intuition bien plutôt que le savoir médical doit guider en l'absence de symptômes.

Cette septicémie insidieuse a enlevé bien des malades sous les yeux d'un médecin soigneux et attentif qui a été très embarrassé pour trouver la cause de la mort. Il trouve que l'on n'a pas donné assez d'importance et de publicité à ces cas, rares du reste, qui, suivant une marche tranquille, avec peu ou même pas de fièvre, sans douleurs et avec un bien-être relatif, se terminent presque invariablement par la mort.

Les symptômes communs à toutes les autres maladies, la *fièvre* et la *douleur* sont ceux qui font le plus souvent défaut dans la *septicémie insidieuse*. Les cas les plus dangereux et les plus terribles sont ceux dans lesquels tous les symptômes ou leur plus grand nombre sont absents. L'*absence de symptômes* et la *terminaison fatale* sont donc la caractéristique de cette terrible forme de septicémie dont on peut dire que le *degré du danger est en raison inverse de l'intensité des symptômes*. Elle peut se développer par auto ou hétéro-infection et débuter ou non par un frisson.

Dans cette forme de septicémie, il existe presque invariablement un léger relâchement intestinal qui n'est pas de la diarrhée, qui se produit seulement une ou deux fois par jour, sans aucun des caractères de la diarrhée septique et sans l'odeur infecte qui accompagne cette dernière. Le pouls est quelquefois accéléré, mais peut être parfaitement normal. Les symptômes qui manquent le plus souvent sont la douleur et l'élévation de la température. La fièvre, légère au début, et une sensation de froid qui indique un trouble de l'organisme, s'apaisent bientôt et les craintes des amis et du médecin se dissipent. Le malade est dans un état de contentement et de bien-être, heureux d'être au lit sans désir d'en sortir. Il manque d'appétit, mais tout le monde le considère en bonne voie de guérison et cependant il va s'affaiblissant lentement jusqu'à ce qu'il passe tranquillement de vie à trépas, le plus fréquemment dans le coma.

Parmi les observations citées par le D[r] Engelmann, deux nous ont paru particulièrement intéressantes. L'une est celle d'une jeune femme de 25 ans qui, après un accouchement long et douloureux, se plaignit, le quatrième jour, de manquer d'appétit, de ne pas être aussi bien que les jours précédents ; elle semblait nerveuse, le pouls était à 120 et la température presque normale.

Pendant 3 jours, elle eut des selles fréquentes, des lochies normales, l'abdomen n'était pas sensible, la température était normale, le pouls variant entre 100 et 120 pulsations ; elle se trouvait très bien, la respiration était très libre, l'utérus un peu volumineux. Elle alla s'affaiblissant graduellement et mourut dans le coma.

L'autre est celle d'une femme de cinquante-six ans atteinte d'un fibrome intra-utérin et qui mourut d'une septicémie de forme insidieuse causée par la dégénérescence gangreneuse de la tumeur.

Voilà donc une forme de septicémie dont les symptômes sont en contradiction absolue avec ceux qui sont reconnus comme caractéristiques de cette maladie, tandis que dans la septicémie ordinaire, normale, si l'on osait s'exprimer ainsi, les symptômes sont en rapport avec la quantité de matière septique développée dans l'organisme, tandis que l'élévation de la température accusée par le thermomètre est considérée comme un symptôme constant et comme un indice de l'intensité de l'empoisonnement, dans celle-ci, la douleur et l'élévation de la température sont les phénomènes les moins marqués et font même souvent défaut ; bien plus, leur absence rend le pronostic presque infailliblement fatal.

D'autres observateurs ont eu l'occasion de constater l'existence de cette septicémie insidieuse ; nous-mêmes avons été témoin d'un cas de ce genre. Mais le nombre de cas est assez restreint, et ceux-ci sont assez peu signalés pour qu'il puisse arriver encore fréquemment que cette terrible maladie passe inaperçue, ou soit méconnue d'un praticien dont l'attention n'a pas été éveillée sur ce point. C'est donc avec juste raison, que le D[r] Engelmann a insisté sur la nature insidieuse des symptômes qui caractérisent cette forme particulière de septicémie.

R. F.

COURS D'OBSTÉTRIQUE COMPARÉE

SUIVANT LES DIFFÉRENTES RACES HUMAINES

Par le Dr E. Verrier.

—

18e LEÇON

DE LA DÉLIVRANCE COMPARÉE. — SOINS DONNÉS A L'ENFANT DANS CHAQUE RACE. — ALLAITEMENT.

Par le Dr E. Verrier.

Messieurs,

L'enfant est né !...

La section du cordon ombilical qui se pratique en Europe avec des ciseaux, après l'apposition d'une ligature préalable, quelquefois de deux, ne se fait pas partout aussitôt la naissance, et, sous des prétextes spécieux, certaine école enseigne, même à Paris, qu'il faut attendre jusqu'à la cessation complète des battements dans la tige ombilicale avant de pratiquer la ligature du cordon et sa section définitive.

Les peuples des autres continents pratiquent de suite la séparation du fœtus d'avec sa mère ; mais au lieu de sectionner le cordon avec des ciseaux, d'aucuns le coupent avec des tessons de bouteilles ou de porcelaine, comme à Madagascar ; ailleurs on le contond et de fait les animaux mâchent souvent le cordon ombilical, ce qui équivaut à une plaie contuse et empêche les hémorrhagies aussi bien que la ligature. Ailleurs encore on attend la sortie du placenta avant de séparer le fœtus de la mère, ce qui équivaut à la méthode préconisée par Budin.

En Chine, la malade ne doit pas écouter la sage-femme, mais on attache un poids au cordon *pour l'empêcher* de remonter, et alors le placenta sort au bout de 4 ou 5 jours. Dans les pays musulmans, le cordon est déchiré et non coupé.

Chez les Annamites, la sage-femme, qui a plutôt l'air d'une sorcière de Macbeth que d'une accoucheuse, se sert d'une sorte de couteau en bambou raclé pour sectionner le cordon ombilical

généralement à 6 ou 7 centimètres de l'anneau, quelquefois à 12, à 15, mais alors, elle enveloppe le bout ombilical d'un papier ciré et l'attache autour des reins de l'enfant.

La ligature avant la section se pratique au Congo. Dans la Nouvelle-Calédonie, la section se fait avec une coquille d'huître. Chez les Hottentots, le cordon est d'abord lié avec une artère de mouton, puis il est sectionné avec une éclisse de bambou ou bien noué sur lui-même et mâché à la manière des animaux.

Sur la côte de Guinée, le cordon n'est coupé qu'après l'expulsion du placenta. Il est lié à 15, à 18 centimètres de l'ombilic ou bien tordu et arraché du placenta. Le bout fœtal reste donc adhérent et flottant, et lorsque ce bout est desséché et tombé, on le met dans une sorte de petit sac en forme de scapulaire et on le suspend au cou de l'enfant pour préserver celui-ci des maladies (de Rochebrune). Au Gabon, après la section, on saisit l'extrémité des vaisseaux divisés et on refoule l'enveloppe amniotique et la gératine de Warthon jusque vers l'ombilic où le tout forme une espèce de bourrelet qui suffit pour comprimer les vaisseaux et remplacer la ligature. Après la séparation du fœtus d'avec la mère on procède dans chaque pays aux premiers soins, à la vestiture.

En Nouvelle-Calédonie, l'enfant est lavé en rivière et couché nu sur le sol ou sur une natte (Patouillet). Chez les Hottentots il est nettoyé avec de la fiente de vache fraîche (*Hist. gén. des voy.*, t. XVIII). Au Gabon, sur la côte de Guinée, il est lavé indistinctement à l'eau froide ou à l'eau chaude, suivant la saison; ce lavage est répété tous les jours ; de plus, la première fois il est frotté de savon et au vieux Calabar avec du sable....

On sait assez ce qui se passe en France pour que je n'aie pas besoin de m'arrêter à le raconter. En Europe, et d'ailleurs dans tous les pays civilisés, on agit de même que chez nous.

Dans les pays exotiques, avant de procéder à la vestiture, on attache des fétiches au cou du nouveau-né, comme en France, nos dévotes y suspendent des médailles. Dans la race noire, ces fétiches se composent de colliers de perles ou de verroteries, de gris-gris achetés très cher à des sorciers et la mère recouvre l'enfant de son pagne. Au Loango, chez les Chinois, au Cambodge, on impose au nouveau-né des noms d'animaux comme chez certaines tribus américaines, et le parrain contracte vis-à-

vis de cet enfant des obligations qu'il est quelquefois obligé d'observer toute sa vie. N'est-ce pas là une réminiscence de nos baptêmes chrétiens ?

Les fétiches ont, chez certains peuples, une signification importante : ainsi, en Chine, c'est pour obtenir la protection des ancêtres ; en Afrique, c'est pour conjurer le sort en faveur de l'enfant.

Il est bon de noter que chez les noirs les hernies ombilicales congénitales sont fréquentes. Quant au petit négrillon, on lui rase la tête, de même chez les Hindous et les Siamois. En Cochinchine on revêt le nouveau-né d'une chemisette de coton.

En France, vous connaissez l'usage que l'on fait des maillots. En Angleterre, au contraire, le maillot est proscrit et après avoir garni d'un petit sac ou d'un lange en triangle le bassin de l'enfant, on le revêt de suite d'une chemise et d'une robe dans lesquelles il jouit de la liberté la plus absolue de ses mouvements.

Ces deux modes de vestiture ont chacun leurs avantages et leurs inconvénients ; je ne fais que les signaler, ce n'est point ici, le lieu de discuter leurs indications.

Une fois l'enfant vêtu, on le couche, comme en Europe, à proximité de la mère ; on le porte à bras, comme en Asie ; ou bien encore on le suspend sur le dos comme en Afrique ou dans les tribus nomades de l'Amérique et de l'Océanie.

On revient ensuite à la mère pour procéder à la délivrance.

Pour ce faire, trois grandes méthodes sont en présence : 1° La méthode des tractions employée en France et généralement dans les contrées civilisées ; 2° la méthode par expression préconisée par Crédé en Allemagne, mais qui n'a guère, sauf certains cas, franchi ce pays ; 3° la méthode naturelle, ou plutôt l'absence de méthode, car on y trouve tout aussi bien l'abandon de la délivrance à la nature, que l'emploi des moyens violents pour l'extraction du délivre.

Dans les pays musulmans, Larrey rapporte que les matrones brûlent sous le nez de la femme qui vient d'accoucher, des poils de lion, qui par l'odeur de roussi qu'ils développent provoquent le vomissement et favorisent ainsi la sortie du placenta.

En Cochinchine, la matrone monte avec un pied sur le ventre de l'accouchée et le piétine au niveau de l'ombilic en prenant un point d'appui à la barre transversale placée ordinairement au milieu

du lit ; elle exerce ainsi une pression énergique de haut en bas. C'est une réminiscence de la méthode d'expression utérine, et j'ajoute qu'elle est fort pénible. Le placenta une fois sorti, on le met avec les caillots et les vêtements dans une natte et on le cache tout le jour.

La nuit venue, la sage-femme va enterrer le tout secrètement. C'est en suivant incognito une de ces matrones que le Dr Mondière a pu se procurer un placenta qu'il a apporté en Europe et offert à la Société d'anthropologie. Du reste, ce placenta ne présentait rien qui méritât conservation.

Cette habitude d'enfouir le placenta n'est pas spéciale à nos colonies asiatiques, et l'on a vu les Peaux-Rouges du jardin d'acclimatation, enterrer le placenta à la place même où la femme était accouchée.

Le Dr Castex, au Maroc, a vu une invagination se produire à la suite de tractions immodérées sur le cordon. On plaça la femme la tête en bas, avant de tenter la réduction, qui réussit du reste. Pendant ce temps, on faisait un grand vacarme dans les rues pour exorciser les esprits. La même superstition existe aussi en Araucanie (Orélie-Antoine Ier).

En Perse, pendant la délivrance, on donne congé aux enfants des écoles et la liberté aux oiseaux retenus dans les cages.

La femme est ensuite essuyée tant bien que mal, et tandis que chez les Annamites on la laisse 20 à 30 jours sur une natte exposée à un feu ardent (Mondière) presque sans la laver, dans d'autres pays, elle va d'elle-même à la rivière ou à la mer procéder à sa première toilette.

Dans certains pays, à la Guyane, par exemple, le mari se couche, comme s'il venait de mettre lui-même l'enfant au monde, et tandis que la femme vaque aux soins du ménage, il reçoit la visite de ses amis qui viennent le complimenter. (Dr Crevaux.) C'est là ce qu'on nomme la couvade. On retrouve cet usage bizarre chez les Basques (le mot du reste est béarnais), dans l'île de Corse, dans l'Asie-Mineure et chez les Ibères. Il a été aussi signalé chez divers peuples de l'Amérique, entre autres chez les Galibis, et Strabon en parle comme y ayant assisté chez les Cantabres.

D'après Reclus, cette coutume semblerait marquer la reconnaissance de l'enfant par le père, reconnaissance exprimée par la

naïve simulation de l'accouchement et de l'allaitement. Elle marquerait donc ainsi une époque de transition entre la famille ancienne et la famille moderne dans laquelle les droits du père l'ont emporté sur ceux de la mère.

Chez les Hottentots, il existe un usage intermédiaire : c'est l'amende à laquelle est condamné le mari à la naissance de chaque enfant.

Lorsque l'accouchement est entravé dans son cours, la femme peut être secourue par des moyens empiriques ou brutaux, comme nous en avons rapporté des exemples dans notre leçon sur les postures obstétricales comparées, ou bien par des moyens scientifiques comme la version et le forceps.

Je n'ai point à décrire ici ces opérations. La version, du reste, ne diffère pas de ce qu'elle est dans nos races caucasiques ; mais, dans les races inférieures, si l'on veut tenir compte de la différence anatomique des bassins et des positions fœtales qui en découlent, on comprendra de suite que l'application du forceps doit-être singulièrement simplifiée et qu'avec l'application directe enseignée dans nos écoles, un chirurgien, quelque peu familiarisé avec les manœuvres obstétricales, pourra parer aux cas les plus compliqués.

Une idée assez généralement répandue dans les archipels du Pacifique, notamment aux Carolines, c'est que les femmes mortes en couches reviennent au logis pendant la nuit et prennent un malin plaisir à tourmenter ceux qui s'y trouvent en ouvrant et en fermant avec violence les portes et les fenêtres. (E. Planchut, in *Revue scientifique*.)

Il ne nous reste plus, Messieurs, qu'à dire quelques mots sur l'allaitement et le sevrage.

Si dans nos pays civilisés la mère rejette souvent sur une nourrice mercenaire le soin d'allaiter son enfant, il n'en est pas de même dans les races sauvages où les femmes sont mères avant tout et font sous ce rapport rougir nos petites maîtresses.

La sécrétion lactée est d'ailleurs abondante, et tandis qu'une Européenne, bonne nourrice d'ailleurs, peut fournir à peine 1440 gr. de lait par jour, une négresse, par exemple, en fournira 2.140 gr.

Nous avons décrit ailleurs les trois espèces de seins que l'on rencontre chez les nourrices, et nous avons dit que Topinard

voyait-là les vestiges de trois races éteintes dont la conformation mammaire était différente.

Quant aux seins de la négresse, assez ronds et bien faits pendant la virginité, ils prennent après les premiers rapprochements une extension énorme due non seulement à ce qu'ils ne sont pas gênés par les vêtements, mais aussi à une qualité spéciale de la peau qui permet à celles qui sont mères de rejeter le sein sur leur épaule où l'enfant, que nous avons vu être porté à dos, peut le saisir pour y trouver sa nourriture.

Cet avantage, si avantage il y a, est contrebalancé par la malpropreté qu'amène toujours un sein découvert et par les dégénérescences fréquentes qu'entraînent les coups que reçoit cet organe et plus encore la prédisposition de race à ces dégénérescences.

Nos Européennes transplantées dans les pays équatoriaux, en raison de l'atrophie de leur glande mammaire entretenue par la sélection, se voient obligées de confier leurs enfants à des nourrices mercenaires.

D'après Virey, leur lait, d'ailleurs, deviendrait trop salé et force leur serait de choisir une nourrice. Les mêmes précautions qu'en Europe seront prises pour le choix de la nourrice ; si c'est une négresse, il faudra tenir compte des maladies chroniques et des maladies de races. Dans les pays chauds, les nourrices sont très fréquemment réglées pendant la durée de l'allaitement ; elles n'en sont pas pour cela moins bonnes nourrices, mais elles sont fréquemment exposées aux crevasses du sein qu'elles soignent avec de la poudre d'alun.

En Cochinchine, les mères ou les nourrices mercenaires alimentent leur nourrisson vers le 20e jour s'il est robuste, tout en prolongeant l'allaitement très longtemps. La première nourriture se compose d'eau de riz épaisse et quelquefois même de riz cuit, mâché préalablement par la mère.

Ce n'est qu'à la 6e semaine qu'on a recours à ce moyen quand l'enfant est faible. On y ajoute plus tard un peu de poisson fumé (Mondière).

Quant aux nourrices noires, elles sont affectueuses pour leur enfant; mais en revanche elles sont insouciantes et malpropres, souvent atteintes de syphilis ! sans compter la lèpre, l'éléphantiasis, et toutes les dégénérescences de race.

Dans certains pays, bas, marécageux, aussi bien sur la côte occidentale d'Afrique que dans l'Annam et le Delta du Tonkin, l'impaludisme fait des ravages chez les nourrices et, après avoir tari leur lait, il amène l'étiolement et la mort du nourrisson. C'est dans ces pays que l'on trouve les fièvres de lait à type intermittent.

Le sevrage, avons-nous dit, se pratique tard chez les Annamites. Mondière nous dit avoir vu un garçon de huit ans téter encore.

Il résulte de cet abus que chez les femmes de ce pays ayant dépassé l'âge de retour, mais ayant nourri plusieurs enfants pendant la vie génitale, sous l'influence de succions répétées, le lait reparaît encore dans leurs seins flétris.

Du reste, les matrones font revenir la sécrétion lactée chez les nouvelles accouchées qui n'ont pas de lait, à l'aide de cataplasmes de feuilles de papayer mêlées à la menthe crépue et du massage méthodique du sein qui pourrait bien, dans ce cas, jouer le rôle d'agent principal.

Au vieux Calabar, lorsque la mère veut sevrer son enfant, celui-ci est éloigné du sein et pendant 3 jours on ne lui donne que de l'eau. On l'alimente ensuite avec le couscous qui joue pour les naturels de ce pays le rôle que les pommes de terre jouent chez nos campagnards.

Chez les Ouoloves, la durée de l'allaitement serait de deux ans et plus. Pendant ce temps, la femme ne se livrerait pas au coït, et en cas d'infraction constatée à cet usage elle subit une punition.

Cette coutume, du reste, s'allie facilement avec la polygamie, et quelquefois la femme nourrice choisit elle-même celle qui la doit remplacer près de son mari.

Chez les Indiens d'Amérique, la durée de l'allaitement est de 3 ou 4 ans.

En Chine, le lait de femme est vendu au marché et on peut élever l'enfant au biberon tout en lui donnant du lait qui convient à son âge et à sa nature. Au Japon, le sevrage est inconnu et on attend que l'enfant refuse de lui-même de prendre le sein.

Chez les Arabes, l'enfant tète indistinctement toutes les femmes de la tribu deux ans et plus, mais le lait de ces malheureuses étant échauffé par le travail et les corvées domestiques il en résulte une grande mortalité pour les nourrissons.

Dans les pays chauds, les maladies utérines sont fréquentes, notamment les pertes, ce qui est fâcheux pour l'enfant, car le lait dans ces cas est toujours de médiocre qualité. C'est pour cette raison qu'au Sahara les enfants sont sevrés de bonne heure ; dans le Tell un peu plus tard.

On donne assez souvent aux nourrissons que l'on allaite un mélange de miel et d'huile qui tient lieu du fameux sirop de chicorée de nos nourrices et de nos matrones.

L'une et l'autre de ces substances entretiennent la liberté du corps de l'enfant et dissipent ses coliques en lui donnant quelquefois une légère diarrhée.

Pendant l'allaitement les Arabes ne se privent pas du coït comme les autres Mahométans, bien que le prophète l'eût interdit pour la femme qui nourrit. Celle-ci est soumise à une nourriture abondante et obligatoire, sauf le cas de maladie.

C'est à peu près vers l'époque de la sortie des canines que l'on sèvre le nourrisson.

Du reste, dans les questions de races, la sortie des dents ne joue qu'un rôle secondaire. Aussi n'en parlerons-nous pas.

Dans la prochaine leçon, nous aborderons l'étude des mutilations ethniques.

DYSMÉNORRHÉE NERVEUSE CHEZ UNE CHLORO-ANÉMIQUE

TRAITEMENT PAR L'ÉLECTRICITÉ STATIQUE,

Par le Dr R. Fauquez, médecin-adjoint de Saint-Lazare.

—

Parmi les différentes formes de la dysménorrhée, celle à laquelle on a donné le nom de *dysménorrhée nerveuse* ou *spasmodique* est une des plus rebelles à guérir.

Caractérisée par la perturbation des fonctions nerveuses qui se manifeste quelques jours avant l'apparition des règles, tristesse, irascibilité, idées noires, envies de pleurer, par la perte de l'appétit et du sommeil, par des douleurs dans les régions ovariennes et dans le bas-ventre, quelquefois si violentes qu'elles arrachent

des cris aux malades et provoquent par leur intensité des vomissements bilieux qui ne cessent que lorsque le sang apparaît, cette dysménorrhée se rencontre le plus fréquemmént chez les femmes nerveuses, chez les hystériques et les chloro-anémiques. Chez ces dernières, particulièrement, la dysménorrhée nerveuse est fréquente. On sait que l'anémie et surtout la chloro-anémie donnent lieu à des troubles nerveux multiples. Sous leur influence il se produit une contracture spasmodique de l'orifice interne du canal cervical qui s'oppose à la sortie du sang contenu dans la cavité utérine. Que le spasme soit porté à son summum d'intensité et l'utérus entier se trouvera, pour ainsi dire, tétanisé. Ce sont ces contractions utérines qui provoquent les douleurs atroces qui, dans certains cas, ont absolument le caractère des douleurs de l'accouchement. Elles ont encore pour effet de rétrécir et même d'obturer complètement le calibre des vaisseaux qui traversent les parois utérines et de créer ainsi un obstacle de plus à l'écoulement du sang.

Si dans la dysménorrhée congestive on peut avoir recours aux émollients, aux émissions sanguines déplétives, aux révulsifs, aux emménagogues, à l'hydrothérapie sous forme de douches froides, si, dans la dysménorrhée mécanique on peut combattre les symptômes douloureux en détruisant l'obstacle qui s'oppose à la sortie du sang menstruel, obstacle constitué par le rétrécissement du canal cervico-utérin congénital ou acquis à la suite de cicatrices vicieuses, d'inflammations ulcéreuses, de débridements, de cautérisations, par les flexions du corps de l'utérus sur le col, dans la dysménorrhée nerveuse, il faut s'adresser presque exclusivement au système nerveux et chercher à combattre le spasme par l'administration de médicaments antispasmodiques, valériane, éther, camphre, assa fœtida, etc., par l'application directe sur le col de préparations belladonées.

On peut avoir recours, en même temps, au cathétérisme utérin qui rendra également des services ; on le pratiquera au moyen de bougies qu'on introduit dans l'utérus et qu'on y laisse quelques minutes et on renouvelle l'opération en augmentant graduellement le calibre des bougies.

Dans un cas de dysménorrhée spasmodique, en rapport avec une chloro-anémie des plus caractérisée et dans lequel les antispasmodiques joints aux reconstituants et aux toniques étaient mal supportés par la malade qui avait perdu tout pouvoir assimilateur et qui, à chaque époque menstruelle, éprouvait, pendant 3 à 4 jours des douleurs tellement violentes qu'elles provoquaient de véritables crises hystériformes, j'ai songé, pour combattre les crises nerveuses, au moment des époques, à utiliser la propriété que possède l'électricité statique de diminuer le pouvoir excito-moteur de la moelle. Je comptais, en employant l'électricité statique atteindre un double résultat et, tout en calmant l'irritabilité nerveuse, modifier l'état de chloro-anémie de ma malade.

Il résulte, en effet, d'observations que j'ai faites et que j'ai contrôlées à l'aide du sphygmographe, du thermomètre et de l'analyse des urines que l'électricité statique augmente la tension vasculaire, accélère les battements du pouls, élève la température et accroît la production de l'urée, phénomènes qui prouvent la suractivité de la nutrition.

Au mois de juin 1885, Mme Y..., jeune femme de 24 ans, vient réclamer mes soins pour des règles douloureuses provoquant des crises nerveuses et pour un affaiblissement général.

Née et élevée dans les pays chauds, elle habite la France depuis 5 ans. Elle n'a jamais eu d'enfant ni de fausse couche. Elle a toujours été régulièrement réglée. Autrefois les règles étaient normales, comme abondance et comme durée. Depuis deux ans environ, elle a senti ses forces décroître sensiblement ; les muqueuses se sont décolorées, la peau a pris une teinte jaune de cire vieillie.

L'écoulement menstruel, autrefois rouge, est devenu de plus en plus pauvre. Elle a des palpitations et un souffle très net au premier temps et à la base qui se propage aux gros vaisseaux.

L'appétit a presque disparu et le peu qu'elle mange est d'une digestion extrêmement lente et difficile. La constipation est opiniâtre.

En somme, elle présente aujourd'hui les signes caractéristiques de la chloro-anémie.

L'analyse du sang donne :

Nombre des globules	3.317.000
Richesse globulaire en globules sains	2.189.000
Valeur individuelle du globule	0.680

L'apparition des règles est précédée des douleurs les plus violentes qui, pendant 3 à 4 jours l'obligent à garder le lit en proie à des crises nerveuses fréquentes, dans l'intervalle desquelles elle tombe dans une prostration complète.

Les douleurs ne se calment que le second jour de l'écoulement.

Dans la période intermenstruelle, elle n'a aucun entrain, refuse toute distraction et resterait volontiers étendue sur sa chaise longue des journées entières. Mais à la moindre émotion, à la moindre contrariété, l'excitation nerveuse reparait.

Le sommeil est difficile et agité.

C'est surtout cette perte d'équilibre dans les fonctions du système nerveux caractérisée par les intermittence d'irritabilité et de dépression qui m'engage à tenter l'action de l'électricité statique comme traitement de ce cas bien net de dysménorrhée nerveuse chez une chloro-anémique.

Aussitôt après l'époque menstruelle, la malade est soumise, pour la première fois, pendant quinze minutes environ, au souffle électrique. Elle supporte facilement et même avec plaisir cette première séance que nous renouvelons tous les deux jours, en en augmentant la durée, de sorte que la cinquième séance dure environ une demi-heure.

Pendant les deux dernières minutes de cette séance, je remplace le souffle par les étincelles.

La malade s'agite un peu, pousse quelques petits cris mêlés d'éclats de rires nerveux, mais descend du tabouret gaie et prête à recommencer le surlendemain. Elle ne manque pas une seule séance pendant trois semaines et me demande même à ce moment de les rapprocher sentant les forces et l'appétit lui revenir et désireuse d'avancer le plus possible sa guérison.

Son humeur est redevenue enjouée ; elle sort avec plaisir, se

lève de bonne heure pour faire une longue promenade. Elle consent à reprendre le régime reconstituant qu'elle avait abandonné, ne pouvant, disait-elle, le supporter, viandes noires, ferrugineux, quinquina, etc.

La première époque est encore très pénible, mais elle se laisse moins abattre après les crises de douleurs ; elle a la volonté de réagir et de lutter contre son mal.

Continuation pendant le mois suivant du traitement que j'applique tous les jours.

J'augmente progressivement l'intensité et le nombre des étincelles. A la deuxième époque, les douleurs ne paraissent qu'une demi-journée ; le sang est plus abondant, plus coloré ; elle garde le lit par prudence, mais n'a pas de crises nerveuses.

Le 1er septembre, elle part pour une plage du midi de la France, satisfaite, heureuse de voir ses joues se colorer et aussi pleine d'entrain qu'elle était triste trois mois auparavant.

La numération des globules faite à ce moment donne comme résultat :

Nombre des globules	4.247.000
Richesse globulaire en globules sains......	3.609.950
Valeur individuelle du globule...........	0.850

J'ai revu ma malade à son retour de voyage, après un mois de séjour au bord de la mer dont elle avait largement profité. Nous avons repris et continué les séances d'électrisation pendant deux mois encore tous les jours et, pendant un mois, trois fois par semaine seulement. L'amélioration s'est de plus en plus accentuée. Aujourd'hui, les règles s'annoncent, comme chez un grand nombre de femmes, par des douleurs très supportables qui ne l'empêchent pas d'aller et venir et qui ne l'obligent à aucun soin spécial. L'écoulement est suffisamment abondant et se colore sensiblement. Elle n'a pas eu une seule crise de nerfs depuis avant son départ pour la mer. L'appétit et les digestions sont des plus satisfaisants, mais c'est surtout l'entrain et la gaîté qui ont le plus repris chez cette intéressante malade.

DEUX CAS D'ABSENCE DES ORGANES GÉNITAUX INTERNES

Par le Dr A. BRONDEL, d'Alger.

J'ai eu, il y a quelques mois, l'occasion de voir dans ma clientèle, deux cas d'absence des organes génitaux internes ; je vais les rapporter ici, car je ne les crois pas très communs.

Une jeune femme de 19 ans, israélite, vient me prier de la guérir d'une stérilité qui la désole ; mariée depuis deux ans, me dit-elle, elle n'est jamais devenue enceinte ; elle ne me donne pas d'autres renseignements.

Procédant à un examen méthodique, je constatai que la porte d'entrée seule des organes génitaux existait ; vulve bien conformée avec ses grandes et petites lèvres, son clitoris, son méat urinaire, et voilà tout. En écartant les grandes lèvres, on rencontrait une cloison résistante insérée immédiatement derrière, se laissant un peu déprimer, mais n'offrant pas la moindre trace d'ouverture vaginale.

Par le toucher rectal, il était impossible de sentir un utérus ou un corps quelconque occupant la place de cet organe. En introduisant un doigt dans la vessie et un dans le rectum il était facile de se rendre compte de l'absence du vagin, les deux doigts n'étant séparés l'un de l'autre que par une mince paroi (la paroi vésicale et la paroi rectale, adossées et soudées ensemble).

En dehors de l'absence des organes génitaux internes, cette jeune femme présentait tous les attribus du sexe féminin : rondeur des formes, seins bien développés, etc. ; mais jamais elle n'avait ressenti aucun des prodrômes qui annoncent la venue des règles tels que pesanteurs dans le bas-ventre, maux de reins ; jamais le moindre écoulement sanguin ; jamais aucun désir ni aucun plaisir sexuel. Il régnait chez cette femme le silence génital le plus complet : elle n'était que la façade d'un beau monument à l'intérieur duquel n'existait que le vide.

C'est de cette absence de réaction sexuelle que j'ai conclu à la non existence des ovaires, car il faut bien avouer qu'il est fort difficile, à l'état normal, d'arriver jusque sur ces organes par le toucher vaginal ou rectal, et un simple examen négatif ne m'eût pas autorisé à les considérer comme absents. Dans le second cas que je vais rapporter, il est probable que les ovaires existaient ; cependant, je n'ai pu les sentir avec le doigt.

Chez ce sujet, par suite d'une déplorable négligence, d'un oubli impardonnable et irréparable de la nature, les canaux de Müller et l'organe fusiforme qui doit, par son développement, donner naissance à l'ovaire, s'étaient atrophiés, d'où absence de l'utérus, des trompes, des ovaires et du vagin.

Il est évident qu'il n'y avait aucun remède à apporter à cette situation, pour rendre cette malheureuse apte même à la copulation, ce dont elle était navrée et comme femme et comme Israélite. Un médecin militaire avait bien proposé de lui faire une incision verticale, mais je lui fis comprendre tout le danger d'une opération d'aussi haute fantaisie qui eût eu pour résultat d'ouvrir la vessie et le rectum.

— L'autre cas d'absence des organes génitaux que j'ai observé est le suivant : Mme G. a 22 ans ; elle est bien conformée extérieurement ; à 18 ans les seins commencent à se développer ; en même temps, tous les mois, surviennent des douleurs sourdes dans les reins et de la pesanteur dans le bas-ventre, avec ce sentiment de malaise général qu'ont l'habitude d'éprouver les femmes aux époques menstruelles, mais aucun écoulement sanguin ne se produit.

Mme G. se marie à 19 ans sur les conseils d'une sage-femme qui promet la guérison à ce prix. Les premiers rapports sexuels sont très douloureux et déterminent un traumatisme qui amène une légère perte de sang, par un mécanisme commun à beaucoup de premières nuits de noces. Le mariage, aux bagatelles duquel les époux ont dû, d'ailleurs, s'en tenir, et pour cause, n'a produit, comme bien on le pense, aucune modification dans l'état de Mme G.

Lorsque je vois cette jeune femme, qui vient réclamer de moi

la confection d'un vagin, je trouve, comme dans le cas précédent, une vulve bien conformée, mais terminée par un cul-de-sac peu profond. Le mari, dans ses vaines mais vigoureuses tentatives d'effraction d'une porte obstinément fermée, a créé une petite poche copulatrice qui peut atteindre trois à quatre centimètres de profondeur; le méat urinaire, entraîné par le traumatisme, regarde tout à fait en bas et est situé presque au fond de la poche ; il est extrêmement dilaté, admettant facilement le doigt tout entier; à tel point que dans un premier examen, que la douleur extrême des attouchements, rendait très difficile, j'avais cru avoir affaire à un hymen persistant avec ouverture supérieure.

La malade étant anesthésiée, le diagnostic fut vite rectifié, mais l'examen permit de constater l'absence totale de l'utérus et du vagin. En introduisant le doigt profondément dans la direction des ovaires, il m'a semblé reconnaître la présence de ces organes, mais j'avoue ne pas être arrivé à une certitude absolue du fait qui, je le répète, est toujours fort difficile à constater. Néanmoins ils devaient exister, plus ou moins complètement développés, car il y avait chaque mois des phénomènes de pléthore du bassin.

Cette femme n'avait jamais éprouvé de plaisir pendant le coït, ce qui se conçoit parfaitement en raison de la douleur qu'éveillait le moindre contact de la vulve; elle n'avait jamais, non plus, désiré les caresses de l'homme, et cependant, le clitoris n'était pas insensible au toucher qui provoquait facilement son érection.

TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ CHEZ LA FEMME

au moyen des Eaux minérales de Luxeuil-les-Bains

Par le Dr Champouillon.

Pendant longtemps les Stations de Bourbon-Laney et de Forges, en France ; d'Ischia, en Italie; de Liebenzel et de Schwalbach, en Allemagne; de Spa, en Belgique, possédèrent en quelque sorte

le monopole du traitement de la stérilité. Aujourd'hui la vogue s'est étendue aux bains de mer et du côté d'un certain nombre de sources dont les eaux ne présentent aucune analogie de composition. C'est que, en effet, il n'y a pas et il ne peut y avoir un seul et même remède contre la stérilité dont les causes et les espèces infiniment variées nécessitent l'emploi de procédés curatifs différents. C'est pourquoi il est indispensable, en vue de la guérison, tantôt de recourir à l'intervention de la chirurgie, tantôt de se borner à faire usage des eaux minérales dont le choix demeure subordonné aux révélations de l'étiologie.

Les thermes de Luxeuil, dont j'entreprends de préciser le rôle dans le traitement de la stérilité, sont alimentés par deux espèces principales d'eaux minérales. Les unes alcalines, dites *gélatineuses* à cause de leur onctuosité, contiennent surtout du chlorure de sodium, de l'acide silicique et, en moindres proportions, des sels à base de magnésie, de soude, de chaux et de potasse.

Leur température est de 58° C.

Les autres, d'une température de 26° C., sont des eaux alcalines de même espèce que les précédentes, mais contenant en plus, des bicarbonates de fer et de manganèse. Il est important de noter que leur température et leur composition en font une variété unique en Europe.

La diversité des éléments qui constituent les eaux minérales de Luxeuil, explique tout naturellement la diversité des affections morbides soumises à leur action thérapeutique et surtout leur efficacité dans le traitement des cas de stérilité pouvant dépendre de causes variées.

Parmi les femmes désireuses d'entrer dans la fonction maternelle et que j'ai eu l'occasion de traiter à Luxeuil, il en est qui n'ont jamais ébauché une grossesse, même après plusieurs années de mariage : d'autres sont demeurées stériles après une ou plusieurs fausses couches. Les résultats du traitement, les chances de succès sont loin d'être les mêmes pour des personnes classées dans chacune de ces deux catégories, lors même que ces personnes présentent, les unes et les autres, des causes identiques d'infécondité.

Les causes de stérilité sont fort nombreuses; il est quelquefois bien difficile de les saisir. Je crois utile de les rappeler, pour chacun des facteurs de la génération.

L'ovaire, chez la femme, et le testicule, chez l'homme, sont les organes essentiels de la fécondation. L'absence ou la malformation de l'ovaire, son arrêt de développement, ses changements de rapports avec les trompes par le voisinage d'une tumeur, son manque de vitalité peuvent devenir des causes de stérilité. Il en est de même pour l'atrophie, l'épaississement, les dégénérescences du tissu ovarien; de même encore pour les cas de péritonite, de pelvi-métrite suivis de la formation de fausses membranes, de brides qui enferment l'ovaire dans une coque fibreuse infranchissable pour l'œuf.

L'analgésie ovarienne a été souvent mentionnée comme un obstacle à la conception! C'est une erreur ou pour le moins une exagération démontrée par de nombreux exemples péremptoires. J'ai connu un ménage que l'on pouvait dire *mal assorti*, sous le rapport des sympathies conjugales. La femme, d'un tempérament, peu ardent d'ailleurs, repoussait avec une sorte de répugnance, les approches de son mari auxquelles elle se dérobait depuis deux ans. Néanmoins cette femme devint plus tard, cinq fois enceinte, deux fois par violence et trois fois par surprise, pendant son sommeil provoqué par l'emploi de narcotiques.

Le produit de la sécrétion ovarienne, c'est-à-dire la vésicule de Graaf, renfermant le germe, peut ne point se faire. Il peut arriver, en outre, que cette vésicule soit à parois tellement épaisses qu'elle ne puisse éclater, au moment de la fécondation, ou bien qu'elle ne contienne pas de germe, ou bien encore que ce germe ne s'échappe pas de la vésicule, quand celle-ci vient à crever. Chez les femmes débiles ou anémiques, il est bien probable que le germe reste improductif, parce que manquant lui-même de vitalité, il n'atteint pas le degré de maturité nécessaire à son rôle dans l'acte de la conception.

La migration du germe, d'ailleurs assez lente, peut être entravée par un obstacle quelconque dans les trompes, et ce germe peut risquer de périr avant de déboucher dans la cavité utérine.

Les obstacles au cheminement de l'ovule peuvent résulter d'une hétéromorphie des trompes de Fallope, de leur oblitération, ou de leur rétrécissement par des exsudats, des brides, des nodosités, ou bien d'une salpingite qui bouchent plus ou moins complètement leur lumière.

Hors de l'état de grossesse, la matrice est en état d'hibernation : elle ne devient un organe vraiment vivant, en dehors des périodes menstruelles, que du jour où elle reçoit le germe qu'elle devra nourrir jusqu'à ce qu'il arrive à son entière évolution. On peut dire que le sort de ce germe dépend presque exclusivement de l'état de l'utérus : c'est là, en effet, que s'allume la vie de l'embryon.

Parmi les causes de stérilité afférentes à la matrice, il en est d'ordre purement physiologique, telles que la consanguinité des époux, l'anémie, l'aménorrhée, la chétivité organique, l'abus de l'alcool ou de l'opium qui semblent constituer autant d'empêchements au développement initial des germes. Dans l'hystérie spasmodique et chez les femmes exagérément passionnées, il arrive quelquefois qu'au moment de la copulation, la liqueur spermatique est rejetée par un mouvement de contraction convulsive, ou bien que les germes sont écrasés dans l'utérus, au début de la grossesse.

L'obésité excessive chez la femme est quelquefois aussi une cause de stérilité, en constituant un obstacle à l'imprégnation : 1° par déplacement des rapports entre les organes générateurs ; 2° par abaissement de la force plastique, chez la femme, comme chez toutes les femelles, à ce point que les germes restent imparfaits ou privés de vitalité ; 3° par déviation de la nutrition. D'autre part, l'obésité en gênant mécaniquement le déplissement de l'utérus, provoque d'habitude l'expulsion prématurée du fœtus.

Comme tous les organes, la matrice peut être affectée de vices de conformation qui sont autant de causes d'empêchement à une grossesse.

L'utérus peut être resté *pubescent* ou simplement à l'état embryonnaire ; cette difformité, toutefois, n'est pas toujours incurable. Il en est de même, sous le rapport de la curabilité, de la persistance de la cloison de Müller.

L'atrophie complète ou limitée du col ou du corps de la matrice, l'étroitesse excessive du canal utérin par malformation du col, la longueur exagérée du vagin, avec utérus très élevé, appartiennent aussi à la série des obstacles à la fécondité.

L'embryon vit d'abord de la muqueuse utérine et plus tard du muscle utérin lui-même. Or, si la muqueuse ou le muscle est ou devient malade, l'embryon meurt et il y a avortement.

La métrite parenchymateuse et l'endo-métrite nuisent à la fécondité, de deux manières : 1° en changeant et en altérant les qualités du sol d'implantation ; 2° en bouchant l'orifice utérin du canal cervical par le boursouflement inflammatoire de la muqueuse et en déterminant, par le même mécanisme, l'oblitération de l'orifice utérin des trompes de Fallope. D'autres fois, ce germe en arrivant dans la cavité de la matrice, s'y trouve en rapport, non avec la muqueuse, mais avec le produit des sécrétions catarrhales qui l'entraînent au dehors.

La pénétration des zoospermes dans la cavité utérine peut être empêchée ou simplement entravée, quand l'orifice externe du canal cervical est fermé, soit par les fausses membranes de la dysménorrhée, soit par la déformation morbide de la lèvre supérieure du museau de tanche qui s'est allongé et courbé en visière de casque, soit encore par un ectropion exagéré. Il faut noter aussi les néoplasmes, les épaississements de la muqueuse utérine consécutifs à la salpingite chronique, la déformation ou la transformation en tissu fibreux, avec brides résultant de cautérisations réitérées du col, mais la cause la plus habituelle de l'infécondité est bien certainement la formation et la persistance du *bouchon obturateur* provenant de la concrétion, dans le trajet du canal, des mucosités fournies par le catarrhe utérin de médiocre abondance.

Le fibrôme utérin, interstitiel, muqueux ou péritonéal, quand il est limité, n'est pas toujours une cause de stérilité, mais il constitue un obstacle au développement du fœtus dont il amène l'expulsion prématurée.

La métrite parenchymateuse, avec ou sans pelvi-métrite, produit souvent l'oblitération de la portion de la trompe comprise

dans le champ de l'inflammation. Dans les cas de métrite, même légère, il y a une grande irritabilité de l'utérus. Peu de jours après la conception, la matrice devient intolérante ; elle se révolte contre la présence de l'œuf qui sera expulsé d'emblée, sous la forme d'un petit caillot, ou entraîné par le retour de la première époque, laquelle sera un peu plus abondante, un peu plus pénible que de coutume. Il peut se produire ainsi une série d'avortements méconnus.

Les cas de stérilité causée par une métrite ou une endo-métrite sont assez rares chez les robustes campagnardes, parce qu'il est rare qu'elles abusent des rencontres conjugales. Il m'a été donné au contraire de constater très fréquemment chez les citadines, que la stérilité dépend de la métrite du col ou de l'endométrite déterminée et entretenue par l'abus de l'équitation ou du coït pendant les premiers mois ou les premières années qui suivent le mariage.

Les déviations, les déplacements, les torsions de la matrice peuvent rendre la femme stérile, en formant obstacle à la pénétration des zoospermes ou en changeant le parallélisme qui doit exister entre le pénis et le méat du canal utérin. Si, par hasard, il y a conception, la grossesse est presque toujours interrompue vers le 4me mois, dans les cas de torsion ou de rétroflexion exagérée.

Ce n'est qu'à la condition d'être d'une abondance excessive, et de nature acide, que la leucorrhée peut mettre obstacle à la fécondation.

L'absence des règles qui équivaut, en apparence, à la ménopause, est peu favorable à la génération, attendu que l'ovulation et la menstruation sont deux fonctions connexes.

La métrorrhagie active ou passive, quand elle est habituelle et abondante, agit à la façon du catarrhe, c'est-à-dire, en empêchant l'œuf d'adhérer à la muqueuse utérine.

On ne se préoccupe pas assez des suites d'une fausse couche. Le décollement du placenta, dans ce cas, représente une véritable plaie dont on néglige presque toujours le traitement. Les suites les plus ordinaires de ce traumatisme sont une endo-métrite qui,

en passant à l'état chronique, détermine l'oblitération de l'orifice utérin des trompes. De là la fréquence de la stérilité, après un avortement.

On comprend à quel point il est difficile de reconnaître et de préciser exactement les causes de stérilité qui dépendent des malformations, de certains états morbides des ovaires et des trompes : on ne peut que les présumer.

Le rôle des zoospermes dans l'acte de la fécondation est encore mal connu. Ce que l'on sait le mieux, c'est qu'à défaut de certaines qualités, ils sont cause de la stérilité imputable à l'homme. Ces animalcules peuvent être malades, dépourvus d'une vitalité suffisante, affectés d'anomalies de structure par suite d'une diathèse quelconque et de la diathèse syphilitique en particulier.

Un écrivain célèbre a dit que les ivrognes ne sèment rien qui vaille et qui soit de bonne trempe pour la reproduction.

De son côté, la femme peut exercer sur les zoospermes une influence mortelle. On sait que dans la métrite et dans la vaginite aiguës, les sécrétions utéro-vaginales sont imprégnées d'acide acétique et d'acide chlorhydrique. Il suffit, paraît-il, de 1/100e de ces acides pour tuer les animalcules. Toutefois, il ne faut pas oublier que ceux-ci ont chance d'échapper à la mort, par leur enrobement dans la viscosité de la liqueur séminale. L'action meurtrière des sécrétions acides est à peu près nulle pendant les premiers jours qui suivent la cessation des règles, parce que alors les sécrétions utéro-vaginales sont alcalines et favorables à la vitalité des animalcules. Il est très probable que cette alcalinité est due au chlorure de sodium provenant du sang des menstrues et resté en dépôt sur les surfaces muqueuses.

L'infécondité n'est pas toujours le fait de la femme : le mari a aussi sa part de responsabilité dans les mariages demeurés stériles. Ce qui le prouve, c'est une grossesse survenant à la suite d'un nouveau mariage contracté après divorce ou après la mort du mari, c'est-à-dire, après un changement de partenaire.

Suivant une statistique que j'ai eue autrefois sous les yeux, il semblerait démontré que sur 428 cas de stérilité, 43 devraient être imputés au mari. J'ignore si ces données sont bien exactes ; mais

voici ce qu'il m'a été possible de constater, pour 33 maris appartenant à un groupe de 52 ménages sans enfants, même après plusieurs années de mariage :

Obésité exagérée..................	1
Epuisement précoce.................	1
Rétrécissement moniliforme du canal de l'urètre.......................	1
Hypertrophie de la prostate.........	2
Induration des deux testicules.......	1
	6

Je ne me suis point appliqué à rechercher toutes les causes possibles d'infécondité, en vue de faire une étude complète de cette question ; je me suis borné à établir la nomenclature des cas que j'ai eu l'occasion de traiter par les eaux minérales de Luxeuil.

On possède dans les eaux alcalines de cette station, prises en boisson, un agent résolutif extrêmement précieux toutes les fois qu'il y a lieu de combattre les affections chroniques de l'appareil générateur, chez la femme. Mais c'est surtout par leur application locale, au moyen du spéculum à claire voie laissé en place pendant toute la durée du bain, qu'elles donnent de brillants résultats. D'une consistance onctueuse, qu'elles doivent à la présence de l'acide silicique, les eaux alcalines de Luxeuil n'offensent jamais, par leur contact, les surfaces saines ou malades, avec lesquelles elles sont mises en rapports, tout en exerçant néanmoins leur action doucement astringente.

Je fais particulièrement usage de l'eau alcaline siliceuse contre les sécrétions vaginales acides, la métrite, l'endo-métrite, l'adéno-lymphangite utérine chroniques ; le catarrhe utérin avec formation du bouchon obturateur, l'atrésie dépendant du boursouflement inflammatoire de la muqueuse du canal cervical, l'oblitération de l'orifice utérin des trompes par endo-métrite ou salpingite chroniques, l'hypertrophie de la totalité ou d'une partie du col, l'abaissement de la matrice, la constipation par inertie de l'intestin, la surexcitation du système nerveux provoquant

les contractions spasmodiques de la matrice et pouvant favoriser une fausse couche, etc.

Le fer rend les femmes fécondes, en favorisant les règles, surtout dans les cas d'anémie (Hippocrate). Son énergie et son efficacité se trouvent doublées par son association avec le manganèse. J'ai remarqué que les eaux alcalines ferro-manganésiennes de Luxeuil portent tout particulièrement leur action stimulante sur l'appareil digestif, les ovaires, la matrice, la vessie et les tumeurs hémorrhoïdaires. C'est dans la chlorose et l'anémie que la reconstitution de l'hématose par le fer et par le manganèse prépare souvent une grossesse. Il est bien démontré aujourd'hui que rien ne vaut comme les eaux ferro-manganésiennes de Luxeuil, prises en bains et en boisson, quand il s'agit de mettre fin à la stérilité qui dépend de l'atonie générale de l'organisme, de la vitalité tardive ou de l'anaphrodisie de l'ovaire, du catarrhe utérin, de la leucorrhée, de l'aménorrhée ou de la constipation par atonie.

Voici, pour ce qui concerne les nullipares, les suites de la cure hydro-minérale faite à Luxeuil :

Nombre des cas.		Succès (grossesse).
2.	Utérus pubescent	»
1.	Atrophie du corps de la matrice	»
1.	Etroitesse excessive et déformation de l'orifice du canal cervical utérin, par suites de nombreuses cautérisations du col	»
2.	Déviations du col utérin causées par un état de constipation habituelle	1
2.	Déplacements de l'utérus (anté et rétroversion)	»
1.	Persistance de la cloison de Muller	»
2.	Endométrite chronique avec atrésie du canal et granulations du col	1
3.	Endométrite subaiguë résultant de l'abus du coït ou de l'exercice de l'équitation, au début du mariage.	1
3.	Hypertrophie unilatérale du col et déviation de l'orifice du canal utérin, avec ectropion	1

1.	Hypertrophie avec allongement, en forme de visière de casque, de la lèvre supérieure du museau de tanche......................................	»
7.	Catarrhe utérin chronique, formation du *bouchon obturateur* par la concrétion du mucus.........	3
4.	Leucorrhée constitutionnelle d'une abondance excessive..	»
1.	Hématocèle rétro-utérine traitée par la ponction et suivie de pelvi-métrite chronique...............	»
1.	Métrorrhagie passive liée à un état d'anémie profonde et ancienne et se renouvelant au moindre effort musculaire..................................	1
1.	Induration mamelonnée du col utérin...............	1
1.	Déviation des règles (hémoptysie)	»
1.	Kyste de l'ovaire gauche..............................	»
3.	Dysménorrhée membraneuse...........................	2
5.	Anémie avec aménorrhée presque complète.........	1
5.	Anémie avec débilité générale et atonie probable de l'appareil générateur..............................	3
1.	Névralgie utéro-ovarienne chronique...............	»
1.	Hystérie avec convulsions épileptiformes.	»
2.	Coït spasmodique......................................	»
1.	Obésité excessive..	»
52.		14.

Relativement à l'ancienneté du mariage, jusqu'au jour de la conception, voici comment se classent les 52 nullipares :

Nombre d'années.			Nombre des succès.
34.	De deux à trois ans de mariage		5
11.	De trois à cinq ans	id.	3
3.	De cinq à huit ans	id.	2
2.	De huit à neuf ans	id.	2
1.	Après onze ans	id.	1
1.	Après seize ans	id.	1
52.			14.

Ces tableaux ne disent pas tout : il ne s'y trouve mentionné, sous le titre de *Succès*, que les cas de grossesse succédant à un traitement hydro-minéral et qu'il m'a été possible de vérifier. Il est assez probable que d'autres malades, bénéficiant de leur guérison, ont acquis, elles aussi, l'aptitude à la fécondation ; mais il ne m'a pas été donné de pouvoir m'en assurer. D'ailleurs, il est bon de savoir que cette aptitude ne suit pas toujours immédiatement la cure hydro-minérale : elle se fait quelquefois attendre pendant des mois, des années.

La proportion connue des femmes devenues enceintes, après un traitement à Luxeuil, a dû s'augmenter d'un certain nombre de grossesses, parmi celles qui ont quitté la station en voie d'amélioration et dont la guérison se fût peut-être achevée sur place. Malheureusement, il est presque toujours impossible de retenir les baigneuses au delà de la limite ridicule de 21 jours. Je ne sais rien de plus regrettable et de plus funeste, en certains cas, que ce tyrannique préjugé.

On ne peut pas, dit-on, continuer longtemps l'usage des eaux.

Mais est-ce que l'on ne continue pas pendant des mois, pendant des années, l'usage des eaux minérales de table, du bromure de potassium, des iodures, de l'arsenic, etc., etc.

Après une première grossesse, les femmes peuvent perdre l'aptitude à la fécondation, bien avant l'âge où elles doivent cesser de devenir mères. Il en est de même, à la suite d'une ou plusieurs fausses couches. Rien n'est plus difficile quelquefois que de saisir les causes de cette stérilité à laquelle on remédie moins souvent qu'à celle dont sont affectées les femmes nullipares. Dans bien des cas, on ne découvre ni par le toucher, ni par le spéculum aucune trace d'anomalies de structure, de lésions pathologiques ou de déplacements de l'utérus. La médication manquant alors d'objectif déterminé, on ne sait trop quel emploi faire des eaux minérales. Le plus souvent néanmoins la stérilité consécutive à une fausse couche dépend de causes qu'il est possible de reconnaître, ainsi que l'indique le tableau suivant :

Après une première ou une seconde fausse couche.

ombre des cas.		Succès.
16.	Excellente constitution, santé parfaite, aucune hétéromorphie ni affection morbide de l'utérus. . .	1
8.	Endo-métrite chronique, catarrhe utérin très abondant	1
5.	Id. avec formation du *bouchon obturateur*. . . .	1
3.	Abaissement exagéré de l'utérus.	»
2.	Antéversion douloureuse, cystite catarrhale. . . .	»
1.	Rétroversion exagérée.	»
2.	Pelvi-péritonite ancienne.	»
2.	Douleurs vives dans les régions utéro-ovariennes, au moment des époques.	1
6.	Leucorrhée vaginale très abondante.	1
3.	Vaginite chronique accompagnée d'un suintement très fétide.	»
1.	Chétivité organique.	1
6.	Anémie à divers degrés.	1
55,		8

Causes présumées des avortements.

Chutes	4
Emotions violentes.	4
Voyages chemin de fer, après le 5e mois de grossesse.	2
Abus de l'exercice de l'équitation.	5
Abus du coït.	9
Causes inconnues ou difficiles à préciser.	31

Au mari revient encore une part dans le maintien de la fécondité, rétablie chez la femme. Ainsi, dans la métrite, l'endo-métrite par exemple, guéries par une cure hydro-minérale, les rencontrés conjugales prématurées ou trop fréquentes peuvent provoquer une rechute de la maladie ou amener la ruine d'une grossesse qui commence. Il importe donc que les époux observent la continence pendant quelques mois après le traitement, pour que les premiers rapprochements soient fructueux, il faut, dit-on,

que ces rapprochements se fassent durant le premier septénaire qui suit la fin des règles.

En résumé, l'aptitude à la fécondation, chez la femme, a pu être conquise ou restaurée par l'emploi des eaux minérales de Luxeuil, dans certains cas déterminés.

Pareils succès sont probables après la guérison, par les mêmes eaux, de quelques-unes des affections morbides propres à l'appareil de la génération, mais on ne peut que supposer ces succès, leur constatation étant rendue presque toujours impossible, par suite de la dispersion des malades.

La stérilité est absolument incurable, soit par les eaux minérales, soit par les procédés chirurgicaux, quand elle dépend, par exemple, de l'hétéromorphie ou de la dégradation irréparable des tissus de l'ovaire et de la matrice ou bien d'une salpingite chronique ayant amené l'oblitération des trompes de Fallope.

Quiconque s'annonce comme pouvant guérir *tous* les cas de stérilité chez la femme, est donc un imposteur.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 avril.

DILATATION UTÉRINE

M. Vulliet (de Genève) décrit un procédé de dilatation utérine qui permet l'examen visuel de la cavité utérine, la permanence de la dilatation et la possibilité d'un traitement local et direct dans certaines affections utérines.

La malade est placée dans la position genu-pectorale, comme pour l'examen au spéculum ; on découvre le canal cervical, on présente à son orifice une série de petits tampons de coton qu'on pousse dans sa cavité, qui ont le volume d'un pois, sont munis d'un fil et préalablement plongés dans une solution de :

Ether.	10 parties.
Iodoforme.	1 —

Ces tampons doivent être bien séchés et sont conservés dans un flacon hermétiquement bouché. On en introduit un assez grand nombre pour que la cavité soit remplie et on les laisse en place pendant quarante-huit heures.

Ce n'est qu'au bout de huit à dix obturations qu'on arrive au résultat satisfaisant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 *février* 1886.

KYSTE DE L'OVAIRE.

M. Terrillon présente les pièces d'une malade morte dans son service et à laquelle, il y a cinq ou six ans, M. Th. Auger fit plusieurs injections de chlorure de zinc, toujours suivies de vives douleurs.

La malade devint impotente. Elle entra à la Salpêtrière et fut ponctionnée plusieurs fois par M. Terrier et par M. Terrillon. Chaque ponction donnait issue à 12 ou 14 litres de liquide ne contenant pas de paralbumine.

La dernière ponction eut lieu au mois de juin dernier et la malade mourut quelques jours après.

A l'autopsie, on trouva un abcès du foie communiquant avec l'intestin et des adhérences nombreuses unissant le kyste aux anses intestinales voisines. Cette poche était devenue fibreuse et sa surface s'était dépouillée de son épithélium, ce qui expliquait l'absence de paralbumine.

M. Terrillon en conclut que les injections de chlorure de zinc sont insuffisantes pour guérir les kystes de l'ovaire et qu'elles ne sont pas sans danger.

CANCER DU COL. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.

M. Marchand présente les pièces d'une malade qui fut opérée, le 20 octobre 1885, d'un cancer qui avait envahi tout le col jusqu'à l'orifice profond. Il y eut une hémorrhagie à la fin de l'opération, hémorrhagie qui nécessita l'application d'une couronne de pinces hémostatiques, et la compression rectale. Une

fistule recto-vaginale compliqua l'opération. Actuellement la malade va aussi bien que possible.

Séance du 3 *mars* 1886. — Présidence de M. Horteloup.

M. Terrillon communique une observation d'hématomètre provoqué par un sarcome de la muqueuse utérine. La malade avait 53 ans et n'était plus réglée depuis l'âge de 45. Depuis ce moment le ventre avait grossi et était devenu douloureux. Le diagnostic kyste ovàrique ayant été posé, l'opération fut faite et la malade guérit. L'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait d'un sarcome de la muqueuse utérine qui avait obstrué l'orifice du col. Ainsi s'explique l'hématomètre. M. Terrillon a rassemblé les observations analogues et il trace la symptomatologie de l'affection.

M. Gillette a observé trois malades semblables à celles dont M. Terrillon vient de rapporter l'histoire ; le curage a guéri radicalement l'une d'elles, les deux autres en sont mortes.

M. Poncet élève quelques doutes sur la nature sarcomateuse des tumeurs que le raclage a radicalement guéri.

M. Terrillon répond que la nature sarcomateuse a été nettement constatée, mais qu'il s'agit d'une variété de sarcome, rare et à marche spéciale.

INJECTIONS DANS LES KYSTES DE L'OVAIRE.

M. Auger lit l'observation de la malade, atteinte de kyste ovarique traité par des injections, dont M. Terrillon a présenté les pièces à la dernière séance. Il montre que la malade a guéri à la suite de ces injections et qu'elle n'est morte que sept ans après d'un abcès du foie étranger au kyste pour lequel elle avait été soignée.

M. Terrillon attribue les accidents terminaux aux adhérences qui unissaient le foie et l'intestin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

(*Travaux du second semestre* 1885.)

FIBRÔMES INTRA-UTÉRINS.

Parmi les communications nombreuses qui ont été faites à ce corps savant pendant ce semestre, l'une des plus importantes est la lecture de M. Dezanneau sur le *manuel opératoire dans l'extraction des fibrômes intra-utérins.* Des accidents locaux ou généraux motivent seuls, d'après notre confrère, l'intervention chirurgicale; tels par exemple, que les hémorrhagies graves, les écoulements sanieux, les douleurs aiguës, ou la stérilité permanente par une tumeur obstruant le col utérin. Quand l'état général le permet, la temporisation est d'autant mieux indiquée que la tumeur évolue de façon à devenir quotidienne et plus accessible ; à descendre dans la cavité vaginale si elle est pédiculisée ; à se pédiculiser si elle est sessile ; ou bien, par l'amincissement des parois utérines, à pénétrer dans sa cavité si elle est interstitielle.

M. Dezanneau insiste sur le manuel opératoire dont les modifications doivent être en rapport avec les connexions de la tumeur et de l'utérus, et sur les précautions antiseptiques. Si le fibrôme est pédiculé, on le saisira avec les pinces de Museux et on sectionnera le pédicule avec le serre-nœud. Quand il adhère sur une grande étendue, on doit l'abaisser et le séparer du tissu utérin avec l'ongle ou bien avec la curette à ongle. S'il est trop volumineux, on le morcellera en tranches de melon, et, si on peut le saisir, on appliquera le forceps.

Le même chirurgien présentait aussi une observation d'*anévrysme de l'orbite* developpé consécutivement à un traumatisme, et dont il obtint la guérison sinon complète, du moins partielle par la ligature de la carotide primitive et la compression élastique.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE D'EDIMBOURG.

CAUSE PEU ORDINAIRE DE RÉTENTION D'URINE.

Le Dr Ibladay Croom rapporte le fait suivant :

« Une dame vint me consulter pour une grosseur qu'elle

avait dans le ventre. Elle avait des envies fréquentes d'uriner. Avant toute autre chose, je sondai la malade.

Je retirai ainsi deux litres un quart d'urine. Cherchant la cause de cette retention d'urine, j'appris que cette dame était mariée depuis deux jours seulement; depuis la nuit de son mariage, elle se plaignait d'une douleur plus ou moins vive et n'urinait que par très petites quantités à la fois. L'examen du vagin montra que la membrane hymen, extraordinairement épaisse et charnue et offrant la forme habituelle en croissant, était complètement déchirée au centre et la muqueuse de la paroi postérieure du vagin était profondément lacérée sur une étendue d'un pouce au moins. Lors du premier rapprochement sexuel, il y avait eu une douleur considérable, un peu d'hémorrhagie, et la malade s'était ensuite sentie faible et défaillante. L'un et l'autre se figurant qu'il en était toujours ainsi, le mari recommença le coït dans la matinée, mais, depuis ce moment jusqu'à ma visite, il n'y avait pas eu de nouveau rapprochement.»

Ce cas est intéressant à cause de son extrême rareté. Il rentre dans la classe des rétentions d'urine par action réflexe. Cette rétention est de même ordre que celle qu'on observe dans l'état puerpéral après la déchirure du périnée, ou celle qui résulte d'un polype de l'urèthre. Il semble y avoir dans ces cas un spasme tonique du sphincter de la vessie, causé par un afflux trop considérable vers les centres nerveux de l'excitation partie des extrémités nerveuses dans la région blessée.

REVUE DE LA PRESSE

CALCULS DE LA GLANDE DE BARTHOLIN.

Le docteur Robert P. Harris considère les inflammations de la glande vulvo-vaginale comme dues à ce que la sécrétion de la glande a été entravée par un rétrécissement du canal excréteur, ou plutôt, ainsi que semblerait le prouver l'observation que nous allons rapporter, l'auteur pense que l'écoulement aurait été retenu par un kyste, formé aux dépens du parenchyme même de la glande et ne correspondant pas avec le conduit naturel.

En général, le gonflement chez les jeunes femmes se produit, en dedans, le long de la grande lèvre, au niveau de la commissure antérieure, et, en dehors, au niveau du *sillon* vulvo-fémoral ; le kyste est alors situé au-dessous des grandes ou des petites lèvres. Dans le cas cité, au contraire, le gonflement avait débuté au niveau de la commissure postérieure, au-dessus du canal excréteur de la glande, et s'étendait le long de la paroi vaginale, où il venait s'ouvrir.

Pendant la période d'activité fonctionnelle, le conduit excréteur des glandes de Bartholin est à peine suffisant pour l'écoulement du liquide sécrété ; étant donnée la facilité inflammatoire des tissus environnants, il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'un rétrécissement se produise.

Voici maintenant l'observation mentionnée plus haut. Elle a été rapportée par M. A. Victoria Scott, de Philadelphie.

Une femme de 49 ans, mulâtresse, bien constituée, exerçant la profession de cuisinière, veuve depuis l'âge de 21 ans, ayant eu un enfant, bien réglée jusqu'à l'âge de 43 ans, époque où les règles disparurent. Trois mois après la ménopause, il se forma en dedans de la grande lèvre droite, au niveau de la commissure postérieure, un abcès qui s'ouvrit et d'où s'écoula une assez grande quantité de pus ; le même fait se produisit à gauche, et, depuis cette époque, la malade éprouva avec plus ou moins d'intensité de la gêne dans la marche, des douleurs dans les reins, les cuisses et les aines (principalement à droite). Cet état dura deux ans, avec des alternatives de mieux et de pire.

En juin 1885, on reconnaissait, au toucher vaginal, la présence de deux kystes communiquant avec la glande vulvo-vaginale et situés à 2 centimètres environ de l'orifice du vagin. En introduisant à la fois un doigt dans le rectum et un dans le vagin, on pouvait aisément reconnaître que chacun de ces kystes présentait un noyau central, dur, de la grosseur d'un pois. Lorsqu'on les ouvrit, on put en extraire deux petits calculs, blanchâtres, arrondis et lisses. Celui de droite avait environ 5 centimètres de diamètre et l'autre 3 centimètres. La malade perdit à peine une cuillerée de sang. On cautérisa à l'acide chromique, et, trois jours après, la malade disait ne s'être jamais si bien portée depuis six ans. Il persistait deux petites fistules.

GROSSESSE ET TUBERCULOSE.

Le docteur Martel rapporte l'observation suivante qui, par la netteté et la rapidité des accidents, met bien en évidence l'influence fâcheuse du mariage et de la grossesse sur la marche de la tuberculose.

« Mlle X..., jeune fille grande et mince, mais se considérant comme très bien portante, éprouva, deux années de suite, à la fin de l'hiver des atteintes de bronchite sans gravité apparente et qui furent considérées par l'entourage comme de simples rhumes, malgré mes affirmations que la guérison n'était pas complète et qu'une ou même plusieurs saisons thermales seraient nécessaires pour l'assurer. En effet, bien qu'à la suite de chaque atteinte la toux cessât presque complètement, et que l'embonpoint se rétablît, au moins d'une façon relative, il restait toujours sous les clavicules, surtout à droite, un foyer de craquements humides, avec submatité en ce dernier point.

En somme, les deux dernières années s'étaient bien passées, quoiqu'il fût constant que, malgré sa limitation, la lésion du parenchyme persistait.

Toujours est-il qu'on crut pouvoir marier la jeune fille, sans que je fusse mis à même d'exprimer mon opinion sur ce sujet.

Quelques semaines après l'événement, au retour d'un voyage qui l'avait fatiguée, je revis Mme X..., qui ne se plaignait que de catarrhe pharyngien. Mais déjà l'affection pulmonaire était *repartie*.

Le mois suivant, je constatai les progrès rapides de l'infiltration et de la bronchite concomitante. L'état général s'altéra.

Des symptômes gastriques attribués d'abord à des indigestions sans causes suffisantes éveillèrent mes doutes. Je sus alors que les règles n'avaient pas reparu, et que la grossesse pouvait strictement être admise. Bientôt quelques signes du côté du ventre et des seins rendirent toute méprise impossible.

Alors tous les accidents s'accentuent avec une effroyable rapidité. La chambre, puis le lit, ne peuvent être quittés. La diarrhée devient incoercible ; je n'ai pas besoin de dire que le traitement avait suivi dans tous leurs détails les nouvelles indications, mais sans aucune efficacité.

Un matin enfin, survient brusquement une oppression violente, sans douleur d'abord, puis plus tard accompagnée de sensation bizarres et pénibles dans le côté gauche. Malgré tous les secours, la mort a lieu le soir du même jour. Je l'attribue à un pneumothorax

qu'on ne peut constater, tout mouvement de la malade étant impossible.

C'était le soixante-quinzième jour précis de l'imprégnation. »

DE LA LEUCOCYTOSE DANS LES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES.

M. Cotling a publié un travail, dans lequel il a donné le résultat des recherches qu'il a faites au moyen de l'hémacytomètre de Gowers.

Le nombre des cas examinés au point de vue de la leucocytose, a été de 19, et parmi eux se trouvaient un cas d'abcès iliaque, un de cellulite pelvienne, un de phlegmasia alba dolens avec suppuration, un d'amygdalite suppurée, deux de tumeur blanche, quatre d'empyème, trois de phthisie, deux de pleurésie avec épanchement séreux, un de pneumonie lobaire, un de fièvre typhoïde et un de rhumatisme articulaire aigu.

Dans le cas d'abcès iliaque, la proportion des globules blancs aux rouges, qui était d'abord de 1 à 160, atteignit 1 pour 101 au moment où l'on ouvrit l'abcès. Aussitôt après l'opération, le nombre des globules blancs tomba à 1 sur 383; cette diminution fut suivie d'un léger accès, puis d'un retour graduel à la proportion normale, qui, selon Gowers, est de 1 à 333. Le cours de l'abcès pelvien présente des caractères analogues, et le nombre des leucocytes diminua rapidement après l'évacuation de la collection purulente dans l'intestin. Dans les cas de phthisie ou d'empyème, la rémunération des globules a donné des résultats analogues.

Voici, d'après la *Semaine médicale*, les conclusions auxquelles l'auteur est arrivé :

1° Le nombre des globules blancs dans le sang est augmenté toutes les fois qu'il y a inflammation avec suppuration, et surtout lorsqu'il existe de la tension dans le foyer inflammatoire ;

2° Dans le cas d'inflammation parenchymateuse, on observe une légère leucocytose ;

3° Cette leucocytose fait défaut lorsqu'il existe une série d'inflammations avec exsudats séreux ou séro-fibrineux.

DIAGNOSTIC DE L'HÉMATOCÈLE PELVIEN.

M. Diek a rapporté des observations très importantes sur la présence de l'urobiline dans les tissus et dans les urines des femmes atteintes d'épanchements sanguins pelviens.

Il peut y avoir coïncidence entre la coloration de la peau et l'existence de cette substance dans l'urine rendant ainsi le diagnostic impossible par les procédés ordinaires. M. Diek cite une observation dans laquelle la coloration de la peau et celle de l'urine faisaient croire à une tumeur dans le repli de Douglas; si le volume diminuait, on voyait diminuer aussi le pigment; à l'époque des règles, son volume augmentait, ainsi que la coloration de la peau et des urines.

On doit à M. Smily une observation d'hématocèle accompagné d'un ictère spécial, sans coloration du côté des urines. L'auteur émet le désir qu'on étudie ces faits peu connus encore, et que d'autres expériences nous les fassent apprécier à leur juste valeur.

COURS
SUR LES EAUX MINÉRALES NATURELLES

(Leçon faite à l'hôpital de la Pitié par le D[r] AUDHOUI, médecin des hôpitaux de Paris.)

De l'avis unanime des médecins, le fer est le remède pour ainsi dire spécifique de la *chlorose*, cette maladie constitutionnelle qui se rapproche autant des névroses que des anémies. MM. Hayem, Malassez, etc., nous ont appris que le fer agit, non pas en augmentant le nombre des globules sanguins, mais en rendant à ces globules leur matière colorante, l'hémoglobine, qui peut descendre dans cette maladie de 110 (chiffre anormal) à 30 pour 1000.

Il y a eu tant de travaux remarquables sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de la chlorose que la question se trouve pleinement élucidée : le fer est indiqué *a priori* pour remédier à la déchéance respiratoire du globule sanguin et par suite à la pauvreté des combustions organiques.

Mais ce n'est pas seulement dans la chlorose que le fer sera le médicament de choix, c'est encore dans un grand nombre d'anémies communes qui accompagnent ou suivent d'autres états morbides. La

démonstration de cette vérité clinique vient d'être faite *ex professo* par le docteur Audhoui dans les leçons sur les eaux minérales naturelles qu'il vient de donner à l'hôpital de la Pitié.

Le docteur Audhoui a insisté avec raison sur la manière de traiter l'*affaiblissement simple de l'organisme* qui peut être poursuivie près de la plupart des établissements thermaux bien ménagés, mais qui pourra seulement être obtenue par les eaux ferrugineuses naturelles dans les cas si fréquents où l'affaiblissement se complique d'*anémie*.

« J'ai traité, a dit le savant thérapeutiste, des eaux minérales naturelles ferrugineuses en général ; je vous dois maintenant quelques exemples : or, parmi nos eaux françaises, il n'y en a pas de supérieure à l'eau d'Orezza. La voici dans ce verre : elle est liquide, gazeuse, inodore, acidule et sans saveur atramentaire. Vous savez qu'elle n'altère pas la couleur du vin et qu'elle est très digestible ; et vous savez qu'elle contient un poids assez élevé (0gr13) de fer carbonaté saturé.

Le docteur Audhoui rappelle ici l'action du fer mise en lumière par les recherches modernes auxquelles nous avons déjà fait allusion.

« Vous savez, dit-il, que sous l'influence des compositions martiales, la quantité des matières colorantes accumulées dans les hématies s'accroît et que chaque globule contient une proportion plus forte de fer. Vous n'ignorez pas que cette accumulation a l'influence la plus étendue : en traversant les poumons, les globules rouges surchargés de fer fixent une quantité plus élevée d'oxygène et le sang artériel, très oxygéné, surexcite l'activité nutritive altérante dans toutes les parties de l'organisme. »

Si le fer modifie le sang, il excite aussi les fonctions digestives ; il rend la chymification plus parfaite et force par conséquent l'absorption. Mais en même temps il restreint les excrétions, échauffe et engendre une pléthore relative. Pour éviter ce défaut de concordance entre les fonctions d'absorption et d'excrétion, il y a un moyen très simple, c'est de substituer toujours aux préparations médicamenteuses les eaux martiales naturelles dont celles d'Orezza forment le type et remplissent les deux conditions exigées par Bouchardat, d'avoir le métal à l'état de protoxyde et de l'avoir uni à l'acide carbonique. Voici comment s'exprime à ce sujet le médecin de la Pitié :

« Nous pouvons fixer maintenant le principe actif des eaux minérales naturelles ferrugineuses, autrement dit de la solution naturelle du protoxyde de fer carbonaté saturé dans une eau chargée d'acide

carbonique. Trois corps représentent ce principe actif : l'eau fraîche, l'acide carbonique et le fer ; et de là résulte qu'elles sont, en même temps qu'hématosiques, rafraîchissantes et diurétiques. Elles corrigent en quelque sorte une partie de l'action du fer sur les excrétions en le rendant aussi plus digestible et plus aisément absorbable. Leur action rafraîchissante, en ramenant la peau à des conditions plus naturelles, peut aussi favoriser directement l'excrétion cutanée.»

Si les eaux ferrugineuses sont si précieuses dans les anémies de nos climats, on peut dire qu'elles deviennent indispensables pour combattre la diminution de l'hémoglobine ou les autres altérations globulaires qui surviennent si souvent dans les *pays chauds*, soit chez les indigènes, soit surtout chez les étrangers. Le docteur Audhoui déclare que l'eau d'Orezza transportée est des plus efficaces, non seulement dans les anémies de débilitation générale et de convalescence, mais encore, comme l'a prouvé le docteur Ardouin, dans cette anémie qui « coexiste avec une maladie aiguë prolongée ou quelque maladie chronique et forme ces états morbides compliqués que nous pouvons aujourd'hui observer fréquemment ». Il n'y a même pas de doute que les Européens échapperaient à la plupart des maladies de langueur des colonies, s'ils avaient l'habitude de faire usage d'une eau martiale apéritive et tonique.

Le docteur Audhoui ne pouvait omettre de signaler les *fièvres palustres* que l'on traite depuis si longtemps en Corse, par les eaux ferrugineuses. Les malheureux fébricitants, tombés dans un état de faiblesse extrême, avec de l'œdème et de l'engorgement des organes abdominaux, se retirent des eaux d'Orezza dans un état des plus satisfaisants, avec un bon appétit et des digestions faciles. Ces effets peuvent s'expliquer scientifiquement ; car, si l'on n'est pas encore fixé sur la nature exacte du parasite de la fièvre palustre, on sait du moins, par les travaux de Marchiafava et Celli, que l'altération fondamentale consiste dans une lésion nutritive des globules rouges du sang, lésion que le fer seul peut corriger.

Il n'est que probable que la malaria serait prévenue si l'on buvait des eaux martiales naturelles en place des eaux impures des contrées marécageuses ; mais cette probabilité devient une certitude s'il s'agit des maladies parasitaires infectieuses qui sont transmises à l'homme par l'intermédiaire de l'eau.

Ainsi, il est admis aujourd'hui que l'eau seule est le véhicule des bacilles de la fièvre typhoïde, des microcoques de la dysenterie, des

bactéries du choléra et de la fièvre jaune ; on supprime donc la cause et par conséquent la maladie en remplaçant les eaux malsaines et morbigènes par les eaux minérales naturelles, et surtout par le groupe des ferrugineuses qui, non seulement sont exemptes de microbes, mais encore sont reconstituantes au premier chef.

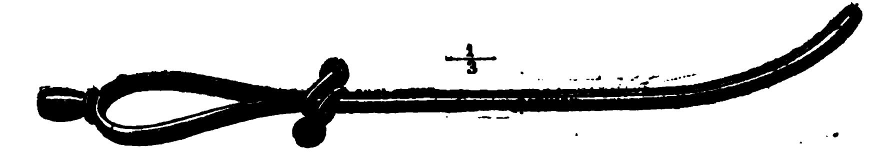
INSTRUMENTS ET APPAREILS

Sonde pour injections intra-utérines.

Un grand nombre d'instruments, sondes, tubes, drains, etc., ont été imaginés pour la pratique des irrigations intra-utérines, qui sont, quant à présent, ce que l'on peut faire de mieux pour l'antiseptie obstétricale.

La condition dont on s'est le plus préoccupé, c'est d'assurer le retour du liquide d'injection, et d'éviter ainsi les accidents, choc, douleur, syncope pouvant résulter de la distension rapide et forcée de la matrice. Le défaut de réaction suffisante de la part de l'organe, son inertie après un travail long ou après un traumatisme opératoire, favorisent trop souvent cette distension. Les meilleures sondes en usage aujourd'hui sont pourvues d'une gouttière extérieure qui suffit assez souvent à assurer le courant au retour, mais elles réalisent moins sûrement cet objet lorsque le col utérin est étroit ou obstrué, surtout si l'accouchement date de quelques jours.

La sonde imaginée par M. Doléris et construite par M. Mathieu réunit les principales conditions pour une irrigation large, facile et sans danger, et pour une évacuation complète du contenu de la matrice et du vagin. — Elle se compose d'un tube unique, en métal recourbé, à la façon des pinces, dont les branches, creuses, sont exactement juxtaposées et forment un circuit ouvert aux deux extrémités



de l'instrument ; l'une des deux extrémités est munie d'un téton, pour s'adapter après un conduit d'un appareil d'irrigation quelconque ; l'extrémité libre est double et perforée pour la sortie du liquide. Le tube lui-même est demi-cylindrique, de telle façon que la juxtaposition des deux branches, par leur côté interne, plan, forme un cylindre régulier, complet, d'assez petit volume pour pouvoir être introduit dans les cols les plus étroits, même dans certains utérus non gravides. Un mécanisme très simple, placé dans l'extrémité extérieure de la sonde, permet d'en écarter les branches, une fois introduites dans la matrice, à la façon des branches d'un dilatateur, et de les maintenir à tel écartement que l'on désire. Le col reste ouvert, et on crée ainsi une voie de retour aussi large que possible au liquide injecté, en même temps qu'on ouvre un facile passage aux débris solides contenus dans la matrice : leur sortie du vagin est facilitée du même coup. C'est un lavage à grande eau du conduit utéro-vaginal maintenu à l'état béant. — En résumé, cette sonde agit comme tube à irrigation et comme dilatateur. Elle a été employée par son auteur avec les meilleurs résultats.

NÉCROLOGIE

—

Parmi les deuils de ces derniers jours, il nous est bien douloureux d'avoir à enregistrer la mort de notre jeune confrère, Henry Bouchut, fils de M. Bouchut, professeur agrégé, médecin honoraire des hôpitaux.

Henri Bouchut, à peine âgé de 24 ans, était depuis quelque temps déjà, docteur en médecine et licencié ès sciences. C'était une intelligence d'élite, aussi apte à faire de la science qu'à s'occuper de travaux littéraires. Il cultivait d'ailleurs la littérature et les sciences avec un égal succès.

Sa mort plonge dans la désolation un père et une mère qui l'adoraient, fiers des aptitudes de leur enfant, auquel un brillant avenir semblait sourire.

Nous adressons à notre excellent maître et ami, M. Bouchut, à la douleur duquel nous prenons une si vive part, l'expression de notre profonde sympathie.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

68. — Le grattage de l'utérus. — Dans sa thèse inaugurale le docteur Adriet considère le grattage de la cavité utérine comme une opération bénigne, à la condition toutefois de préparer la malade et de l'entourer de tous les soins nécessaires.

« Il guérit radicalement, dit l'auteur, l'endométrite chronique végétante, l'endométrite cervicale chronique rebelle; il rend de signalés services dans le cas de rétention de débris placentaires restés adhérents à la muqueuse utérine et enfin dans le cancer et le sarcome de l'utérus; comme traitement palliatif, il prolonge la vie des malades et leur rend la vie supportable. »



69. — La faradisation de l'utérus comme moyen hémostatique dans les métrorrhagies. — Le docteur Dujardin-Beaumetz rapporte l'observation d'une malade qui fut prise, à la suite d'un avortement, d'une hémorrhagie utérine petite, mais persistante.

Le traitement classique employé avec persévérance ne donna aucun succès: position horizontale, repos au lit, injections astringentes, injections chaudes avec de l'eau à 40 et 45 centigrades, rien n'y fit.

La malade dépérissait toujours; son état de faiblesse était grand et l'anémie profonde.

On pratiqua alors la faradisation de l'organe et dès la première application l'hémorrhagie diminua d'intensité pour disparaître complètement après quelques jours de traitement.

L'auteur en arrive aux conclusions suivantes:

1° que la faradisation de l'utérus est sans danger; 2° qu'elle est un puissant hémostatique, non seulement en faisant contracter les fibres musculaires utérines, comme aussi en produisant la contraction des fibres lisses de la tunique moyenne des vaisseaux; 3° l'électricité peut être employée comme hémostatique dans d'autres cas d'hémorrhagies capillaires et en nappe.

***

70. — Traitement de la vaginite par des applications locales de copahu. — Le Dr Baratier admet l'existence de différentes vaginites qui tirent leur origine soit d'un virus spécial, soit d'une irritation locale, soit d'une affection diathésique ou constitutionnelle.

Ces diverses formes, et particulièrement la forme virulente, se trouvent très bien du traitement suivant, que l'auteur a vu appliquer en maintes occasions par le professeur Ball.

Tous les deux jours, on place dans le vagin un des suppositoires suivants, qui restera à demeure pendant douze heures :

Copahu solidifié	ââ 5 grammes.
Beurre de cacao	
Extrait d'opium	0,05 centigr.

Ce genre d'administration du copahu n'a pas d'inconvénients et modifie rapidement la surface vaginale enflammée.

La guérison est complète en vingt jours environ.



71. — Des opérations chirurgicales chez la femme enceinte. — Le Dr D. Maun, de Buffalo, après une étude très étendue de cette grave question, arrive aux conclusions suivantes :

1° La grossesse n'est pas, autant qu'on le croit, une objection radicale aux opérations portant sur les organes du bassin. Les résultats varient cependant suivant l'opération et suivant l'organe sur lequel on opère ; 2° la réunion des surfaces dénudées est de règle, et le tissu cicatriciel formé durant les premiers mois de la grossesse est assez fort pour résister au choc du travail à terme ; 3° les opérations sur la vulve comportent très peu de danger pour la mère et pour l'enfant; 4° le seul danger des opérations sur le vagin consiste en de violentes hémorrhagies ; 5° les végétations, syphilitiques et autres, surtout si elles sont considérables, qu'elles siègent au vagin ou à la vulve, doivent de préférence se traiter par l'ablation ; 6° on peut en toute sécurité faire des applications de nitrate d'argent ou d'autres astringents sur le col et sur le vagin. Les poisons diffusibles tels que l'acide phénique et l'iode ne doivent pas être appliqués à l'état de pureté ni en

solutions concentrées ; 7° les opérations portant sur la vessie et sur l'urèthre, ne sont pas dangereuses au point de vue de l'avortement ; 8° les opérations sur le rectum, surtout si elles intéressent le sphincter anal, même quand elles sont légères, sont dangereuses ; 9° on ne doit pas opérer les fistules vésico-vaginales pendant la grossesse, vu les dangers d'avortement et d'hémorrhagies ; 10° les opérations plastiques sur le périnée et le col utérin peuvent se pratiquer pendant les premiers mois de la grossesse ; 11° les petits polypes du col doivent être traités de préférence par la torsion ou par les astringents énergiques. Si on les coupe, il en résulte quelque danger d'avortement ; 12° les gros polypes peuvent, s'ils causent de l'hémorrhagie, être enlevés de suite et cela, avec d'assez bonnes chances de succès. S'ils ne nuisent pas, leur ablation peut être retardée jusque vers la fin de la grossesse ; 13° le cancer du col, si on le diagnostique durant la grossesse, doit autant que possible être enlevé immédiatement.



72. — **Le thermo-cautère dans le traitement de la fistule à l'anus.** — Le Dr Farey, après avoir étudié comparativement les divers procédés employés contre cette désagréable et toujours tenace affection, reconnaît que le thermo-cautère est par excellence le procédé classique dans l'opération de la fistule anale et qu'aucune méthode ne présente au même degré la réunion des mêmes avantages.

Voici les conclusions de l'auteur :

Avec le thermo-cautère :

1° L'opération est faite rapidement ; 2° on peut opérer plusieurs trajets fistuleux en une seule séance ; 3° la plaie est indolente ; 4° le chloroforme n'est pas nécessaire ; 5° il n'y a ni hémorrhagie primitive ni hémorrhagie secondaire ; 6° on détruit les callosités, les décollements ; la vitalité des tissus est excitée et la suppuration reste médiocre ; 7° la plaie est soustraite à l'influence de l'air avant le bourgeonnement ; 8° il n'y a pas de fièvre ; pas d'érysipèle, de phlegmons, d'infection purulente à redouter ; 9° il n'y a pas de récidive ; 10° la cicatrice est linéaire.



73. — Traitement de la déchirure du périnée. — On doit à Carsteus un procédé de traitement des déchirures du périnée, qui a fourni à ce praticien de bons résultats chez plusieurs de ses accouchées. Voici sa méthode :

Faire la suture périnéale tout de suite après l'accouchement, ou peu de temps après ; sur les fils de la suture métallique, réunis deux à deux, passer des petites balles de plomb perforées à leur centre pour recevoir le fil. On en applique cinq à six par suture, et l'on ne serre que la dernière, destinée à fixer la suture et à maintenir les autres balles. On a soin que la constriction soit très modérée, de manière à permettre au gonflement de se produire librement. Puis, à mesure que la tuméfaction diminue, les fils deviennent trop lâches ; on les resserre en rapprochant des tissus les balles de plomb demeurées libres, et en fixant à son tour la dernière de celles-ci. L'ancienne, celle qui maintenait auparavant, devenue inutile, est enlevée par la section des fils auxquels elle est appendue. Grâce à la série de balles, on peut ainsi resserrer petit à petit la suture et favoriser la réunion de la plaie.



74. — Anorexie s'accompagnant de constipation et de tympanisme. — Les affections utérines s'accompagnent très souvent d'inappétence, habituellement en rapport avec une constipation opiniâtre et du tympanisme. On combat très bien ces phénomènes morbides en prescrivant aux malades, l'usage, à la fin du principal repas, d'une cuillerée à bouche de la mixture suivante :

Vin de gentiane	300 gr.
— de rhubarbe	100 gr.
Alcoolature de racine d'aconit	4 gr.
Essence d'anis	XX gouttes.

* * *

75. — Incontinence d'urine chez les enfants. — Contre cette affection, J. Willem conseille la teinture de sesquichlorure de fer administrée à l'intérieur à la dose de 5 à 10 gouttes, répétée trois fois dans les vingt-quatre heures. L'auteur, dans bien des cas, a obtenu des succès rapides et complets.

Dans certains cas, l'incontinence d'urine paraît être en rapport avec la présence d'un excès d'acide urique dans les urines. L'examen microscopique des urines fait découvrir, dans ce cas, des cristaux d'acide urique dans ce liquide. Alors ici, le traitement alcalin (eau de Vichy coupée avec du lait) est indiqué ; en même temps il faut veiller à ce que le régime alimentaire de l'enfant (et principalement le repas du soir) ne soit pas trop azoté.



76. — Formules pour frictions ou applications rubéfiantes dans les cas de névralgies. — La névralgie intercostale, si douloureuse et si tenace est très nettement calmée par des frictions douces faites chaque jour avec gros comme un pois de la pommade suivante :

Veratrine	0,10 centigr.
Chl. de morphine.	0.10 centigr.
Cold Cream.	5 gr.

Si l'on a affaire à un lumbago ou à la courbature douloureuse des muscles du dos, il est plus avantageux de faire usage de l'un des liniments suivants :

I. — Teinture de capsicum.	30 gr.
Huile d'olives.	180 gr.
II.— Chloroforme	20 gr.
Ether	30 gr.
Alcool camphré	90 gr.
Laudanum de Rousseau	6 gr.

Nous donnons la préférence à la dernière formule qui est plus propre à employer. On s'en sert en frictions douces, et si ces dernières sont douloureuses, on se contente d'arroser avec le liniment un carré de flanelle doublé de toile imperméable et d'appliquer le tout sur le point névralgique.

Dans la névralgie lombo-abdominale qui accompagne presque toujours les affections utérines, le liniment précédent est employé avec avantage. On peut le remplacer par les badigeonnages à la teinture d'iode et les pointes de feu.

Faisons remarquer, en ce qui a trait à la teinture d'iode, que l'on doit tenir compte dans son emploi des propriétés hémorrhagiques de ce médicament, et que, par suite, il ne faut pas l'employer en frictions lorsque la malade dont on traite la névralgie lombo-abdominale est sujette aux hémorrhagies. La teinture d'iode colore la peau en jaune brunâtre. Cette teinte disparait à la longue. C'est un inconvénient insignifiant, et auquel on peut obvier d'ailleurs en faisant usage de la teinture d'iode incolore, obtenue d'après le mode de préparation suivant (Ferraud) :

Iode	35	grammes.
Alcool rectifié	400	grammes.
Dissolvez et ajoutez :		
Ammoniaque concentrée	190	grammes.

En quelques jours, surtout si elle est exposée au soleil, cette liqueur se décolore. Pour l'usage, on l'étend de deux fois son volume d'alcool rectifié. Ainsi diluée, elle est à peu près aussi active que la teinture officinale, et est souvent employée au pansement des engelures et en applications sur les parties découvertes. Il se forme, dit l'auteur, un peu d'iodoforme dans la solution.



77. — Traitement de la congestion chronique du foie. — La congestion du foie accompagne assez souvent les affections utérines. Il faut, dans ce cas, parallèlement au traitement de la maladie utérine, instituer un traitement visant spécialement l'affection hépatique.

On insistera dans ce cas sur les révulsifs locaux, tels que ventouses sèches et vésicatoires. L'application d'un emplâtre de poix de Bourgogne donne aussi d'excellents résultats. Il faut prescrire en même temps les boissons diurétiques, l'oxymel scellitique, les purgatifs répétés, sans provoquer toutefois une spoliation trop considérable.

M. Chéron emploie la rhubarbe de la manière suivante :

Bois concassé de rhubarbe . . . . 8 grammes.

Faire macérer douze heures dans un verre d'eau froide, passer et boire le matin au réveil. Cette même dose doit être renouvelée tous les cinq à six jours.

Le régime lacté est aussi un excellent moyen de prévenir le retour des coliques hépatiques, qui se produisent lorsque la congestion du foie s'accompagne de lithiase biliaire. On peut même considérer le lait comme de beaucoup supérieur à l'eau de Vichy et comme le véritable spécifique des calculs du foie.

Dans ce dernier cas, Bartholow a, de son côté, préconisé l'usage des pilules suivantes qu'il prescrit à la dose de trois pilules par jour, à intervalles éloignés :

Chlorate de soude	15 grammes.
Extrait de noix vomique	0, 15 centigrammes.

Pour dix pilules.



78.—Nouveaux hémostatiques : l'essence de térébenthine, l'aliza et l'ambrosia artemisi-folia. — Le Dr L. Bodier, de Besançon, a attiré l'attention sur un agent simple et efficace qu'il a souvent employé pour arrêter les épistaxis graves. Dans les cas où le malade refuse de se laisser tamponner les fosses nasales, il fait, comme pour le tamponnement vaginal, une queue de cerf-volant avec de petites boulettes d'ouate. Il trempe ces boulettes dans l'essence de térébenthine, les exprime ensuite et en bourre la narine par devant sans s'occuper de l'arrière-fosse nasale restée ouverte. La chaleur fait vaporiser une partie de l'essence, les replis les plus inaccessibles des fosses nasales n'échappent pas à son action irritative.

Selon l'auteur, l'essence de térébenthine serait un hémostatique supérieur au perchlorure de fer. C'est donc un moyen précieux à ajouter aux autres dans les épistaxis que l'on observe encore si fréquemment dans les troubles de la menstruation, alors que, tout en instituant un traitement général, on a à parer promptement à l'accident hémorrhagique.

Un journal de l'Amérique du Sud rapporte qu'on vient de faire une découverte très importante en Colombie, si elle est confirmée. Un arbrisseau, qu'on appelle, dans le pays, *aliza*, laisse exsuder un suc, qui serait doué de propriétés hémostatiques tellement énergiques que si l'on enduit un bistouri de ce suc, on peut sectionner des vaisseaux, même d'un certain volume, sans répandre de sang. Chose bizarre,

d'après le même journal, si l'on aspire le parfum de la plante femelle, il se produit une hémorrhagie nasale.

Il y aurait lieu, croyons-nous, d'expérimenter cette substance, au point de vue des opérations sanglantes qui se pratiquent sur l'appareil utéro-ovarien.

Le Dr Hill signale les propriétés hémostatiques de l'ambrosia artemisifolia. Les hémoptysies, d'après cet auteur, cédaient promptement en faisant avaler aux malades le jus provenant de la mastication de cette plante. Il obtenait aussi un plein succès dans l'épistaxis en se servant de la décoction.



79. — Conduite à tenir par l'accoucheur dans les présentations du front. — Le Dr Lauwers, dans la *Revue medicale* de Louvain, établit ainsi, d'après Schrœder, le rôle de l'accoucheur dans les présentations du front :

Lorsque le col est suffisamment dilaté, et que la tête est encore mobile au détroit supérieur, *Schrœder* conseille de faire la version. S'il ne parvient pas à retourner l'enfant, le professeur de Berlin recommande, à l'exemple de *Hildebrandt*, d'exercer, pendant les contractions utérines, une forte pression sur la face pour faire descendre l'occiput, ou sur l'occiput pour produire l'engagement de la face. D'autres accoucheurs ont conseillé de donner à la femme une position rationnelle à la fin de corriger la présentation vicieuse. *Schrœder* n'accorde pas grande confiance à cette méthode. S'il juge une intervention nécessaire, et s'il ne parvient pas à modifier la présentation, il a recours au forceps si l'enfant est vivant, et à la perforation si le fœtus a succombé.

Kleinwachter se borne à attendre et ne pratique la perforation que quand les forces de la nature sont insuffisantes.

Il cherche à justifier son traitement de la façon suivante : les présentations du front se transforment presque toujours en présentations de la face ; la version est dangereuse, et dans le cas où on réussirait à retourner un enfant dont le front se trouvait déjà engagé, on aurait substitué aux diamètres ordinaires de la tête du fœtus des diamètres plus longs, eu égard à la forme spéciale que prend la tête dans cet accouchement. Le même désavantage existe à modifier la présentation de l'enfant par des manipulations intérieures : on ne réussit du

reste dans ces tentatives, d'après *Kleinwachter*, que lorsque les efforts naturels, qui font mieux que l'accoucheur cette espèce de conversion, ont déjà fait le premier pas vers la modification de la présentation.



80. — La dyspepsie et le cancer. — Sans parler du cancer de l'estomac qui détermine localement des phénomènes de dyspepsie douloureuse, le cancer de l'appareil utéro-ovarien entraîne à la longue chez les malades un état dyspeptique des plus pénibles.

G. Sée conseille dans ces cas des dyspepsies douloureuses l'usage des gouttes suivantes qu'il prescrit à la dose de 10 à 30 gouttes à chaque repas.

Teinture de jusquiame.		ââ 10 gr.
—	de ciguë.	
—	de gentiane.	5 gr.
—	Essence d'anis.	X gouttes.



81. — Eclampsie puerpérale et anurie. — A l'exception de certaines éclampsies passagères qui, ne frappant la femme que pendant le travail, cèdent immédiatement après la délivrance et qui sont peut-être d'ordre réflexe, comme certaines éclampsies infantiles, l'éclampsie puerpérale est produite par la rétention dans le sang des produits excrémentitiels de l'urine due à une affection plus ou moins légère du rein.

Par conséquent, dans le traitement de l'éclampsie puerpérale urémique, une indication primordiale s'impose d'une façon impérieuse : débarrasser l'économie des produits excrémentitiels de l'urine. On conseillera donc l'emploi de la saignée, l'usage du lait, les excitants diffusibles, caféine, injections d'éther sulfurique, peut-être même de pilocarpine ;

2° Une autre indication d'une extrême importance, c'est de combattre le symptôme, c'est-à-dire l'accès éclamptique. On s'adresse alors au chloroforme, à l'hydrate de chloral, au bromure de potassium.

Quant à l'accouchement forcé ou provoqué, on doit le bannir, et sauf dans des cas exceptionnels, quand l'enfant est

encore vivant, quand on suppose que l'on se trouve en présence d'une éclampsie de cause réflexe, la délivrance est permise et doit être faite lorsque, toutefois, elle ne doit pas être préjudiciable à la mère.

Traitée de cette façon, l'éclampsie cesse d'être une affection aussi redoutable.



82. — Nouveau traitement de la fissure anale. — Le moyen de traitement de la fissure anale proposé par le Dr Kelsey ne contre-indique pas les autres procédés employés, mais il n'exempt pas de l'observance des prescriptions ordinaires relatives à l'hygiène, au régime et à l'entretien de la liberté du ventre.

Le traitement préconisé par l'auteur est d'une simplicité et d'une facilité d'emploi qui pouvaient le faire ranger dans la classe de traitements anodins, mais son efficacité a permis d'éviter jusqu'ici d'avoir à recourir à l'opération de la dilatation forcée.

Ce traitement consiste à toucher la fissure avec une faible solution de nitrate d'argent. Cette solution n'a pas besoin d'être caustique. Elle ne dépasse jamais de 30 à 60 centigrammes de nitrate pour 30 grammes d'eau.

Les applications faites tous les jours avec un pinceau sont répétées jusqu'à deux fois dans la même journée. Dans un cas, il a suffi, pour guérir la fissure, d'une seule application à 60 centigr. de nitrate pour 30 grammes d'eau, et dans un autre cas des plus rebelles et des plus douloureux, la guérison s'est effectuée en trois semaines par l'emploi de cette méthode.



83. — De quelques nouveaux purgatifs. — Le praticien qui doit instituer le traitement complet d'une affection utérine se trouve très fréquemment en présence d'une constipation opiniâtre, à laquelle il doit prêter la plus grande attention et pour laquelle le choix judicieux d'un remède n'est pas sans quelque importance et, disons-le, souvent sans quelque difficulté. Il arrive parfois que les moyens ordinairement employés sont ou sans action ou d'autres fois sont mal supportés par les malades. Aussi l'arsenal thérapeutique ne peut-il que gagner à s'enrichir de nouveaux médicaments.

M. Desnos a fait une étude approfondée sur les quatre substances

suivantes : le sanguinarin, le bactisin, le juglandin et le phytolaxin.

Toutes les quatre se présentent sous la forme de poudre d'un brun foncé ; toutes les quatre ont une saveur légèrement saline.

M. Desnos insiste d'abord sur l'innocuité d'action de ces substances sur l'estomac ; presque jamais, de même, il n'est survenu de coliques en dehors de l'évacuation de selles très denses. Dans la majorité des cas, l'action est assez tardive ; elle peut ne se produire que le lendemain à la dose de 20 à 30 centigrammes ; tantôt il y a une selle unique, tantôt il y en a plusieurs le jour même et les jours suivants.

Parfois il était impossible d'obtenir des garde-robes avec des doses ordinaires.

Le bactisin a été employé à la dose de 10 à 30 centigrammes. C'est un excellent cholagogue, mais des quatre médicaments c'est celui qui donne le plus de coliques. Le sanguinarin est resté inefficace à des doses allant jusqu'à 60 centigrammes. Le juglandin n'est pas toujours, comme le croit M. Rutherfort, un purgatif doux, agissant sans coliques. Le phytolaxin manque rarement son effet, c'est un bon cholagogue ; il est plus certain dans ses effets et il peut augmenter la liste des médicaments utiles dans la constipation.



84. — Traitement par l'iodoforme des maladies de l'appareil utéro-ovarien. — Au dernier congrès allemand de Strasbourg, Kugelmann a proposé l'emploi de l'iodoforme dans le traitement de la métrite chronique. Ce médicament qui jusqu'à ce jour n'avait guère été utilisé en gynécologie que sous forme de suppositoires, était, suivant les indications de l'auteur, projeté en poudre dans la cavité utérine.

Pour la cavité utérine, l'auteur propose des crayons de gomme arabique et d'iodoforme additionnés d'un peu de glycérine, mais à des degrés divers de concentration. Ces crayons doivent avoir de 2 à 4 millimètres de diam. sur 4 à 6 cent. de longueur. Leur introduction dans la cavité utérine se fait au moyen de longues pinces minces (pince uréthrale de Pitha). Une légère résistance et une contraction de la patiente accusent le moment où le crayon atteint le fond de la cavité utérine. Un tampon d'ouate est introduit ensuite dans le vagin au contact du col. On l'enlève au bout de 12 h. et on fait à la suite une injection vaginale.

Un autre procédé d'introduction des crayons d'iodoforme est préférable dans les cas où l'emploi du spéculum est difficile ou contre-indiqué. On se sert alors d'une sonde d'homme dont l'extrémité antérieure est perforée. Le crayon préparé à la gélatine et placé dans la sonde est poussé dans la cavité utérine au moyen d'un mandrin. On tamponne comme dans le cas précédent et on renouvelle le pansement au bout de 24 heures.

Ce procédé est spécialement applicable aux cas d'avortement avec rétention de débris d'œuf et aux hémorrhagies. La fétidité disparaît, l'écoulement se tarit, et l'on trouve au premier jour les détritus de l'œuf sur le tampon.



85. — Crises douloureuses précédant les époques; leur traitement. — Au moment de l'arrivée des époques et dans les quelques heures qui précèdent celles-ci, quelques femmes sont sujettes à des souffrances intolérables, constituant parfois de véritables crises, comparables à celles que produisent les coliques néphrétiques. Elles ont le plus souvent pour origine soit un rétrécissement de l'orifice interne, soit une congestion excessive de la muqueuse qui amène l'oblitération du canal cervico-utérin, soit un accès névralgiforme des plexus ovariques et peuvent être considérablement amoindries par l'administration de 1/4 de lavements chauds additionnés de 2 grammes de chloral et de 2 grammes de bromure de potassium. Faire varier les doses et les diminuer de moitié s'il s'agit de jeunes filles. Chez les adultes, deux lavements peuvent être tolérés et administrés avec succès.

La dilatation extemporanée pratiquée à plusieurs reprises, en dehors de l'état cataménial, amène aussi très rapidement la cessation de ces crises douloureuses.



86. — La stérilité et son traitement. — Hewit donne la conicité du col utérin comme la cause la plus commune de la stérilité. Le col, dans sa portion vaginale, a subi un allongement hypertrophique et le canal cervical est devenu flexueux.

Le traitement consiste soit dans l'amputation d'une portion du col, soit dans l'ouverture de la cavité cervicale par une incision médiane à

travers la paroi postérieure. M. Chéron est d'avis que le traitement ne devient radical dans le cas où l'on fait l'amputation qu'à la condition d'éteindre par des révulsifs appropriés, pointes de feu, vésicatoires volants, etc., la névralgie lombo-abdominale qui accompagne presque toujours les affections utérines. Dans les nombreuses amputations du col qu'il a pratiquées dans son service de St-Lazare, il a toujours remarqué que les récidives se sont produites toutes les fois qu'il a négligé de s'occuper de la névralgie lombo-abdominale concomitante. Au bout d'un certain temps, le processus hypertrophique recommençait.



87. — Usage externe du chloroforme pendant le travail de l'accouchement. — Le Dr Ivanberg a remarqué les avantages que l'on peut tirer de l'usage externe du chloroforme toutes les fois que la rigidité du col est un obstacle à la parturition.

Sa méthode consiste dans l'application sur l'abdomen, entre la symphyse pubienne et le nombril, d'une pièce de flanelle imbibée d'un mélange à parties égales d'huile d'amandes douces et de chloroforme. En 5 à 10 minutes, l'auteur a toujours observé que la rigidité est assez anéantie pour faire toutes les manœuvres désirables.

L'avantage qui résulte de cet emploi externe de l'iodoforme est très évident pour le cas où le praticien, à la campagne par exemple, ne peut avoir sous la main des aides pour l'anesthésie.



88. — Prolapsus utérin (Tillaux). — Dans le prolapsus utérin, la tumeur qui fait saillie à la vulve contient, en allant d'avant en arrière, la vessie, l'utérus, le cul-de-sac péritonéal postérieur et quelquefois une petite portion du rectum.

Les causes du prolapsus résident dans le relâchement des ligaments de l'utérus, dans l'augmentation de volume de cet organe, dans la dilatation du conduit vulvo-vaginal, toutes altérations qui se trouvent réunies après l'accouchement. A toutes ces causes, il faut joindre les fatigues de tous genres auxquelles la femme est exposée.

D'après cela, que doit-on faire ? Il faut diminuer le volume de l'utérus et ensuite augmenter ses moyens de soutien.

La première indication serait seule insuffisante surtout lorsque le

prolapsus est ancien. La seconde indication doit être remplie et pour cela il faut une opération, qui consiste à cloisonner le vagin, de façon à en faire un double conduit analogue aux deux canons juxtaposés d'un fusil double. On peut aussi pratiquer la vulvorraphie qui a pour but de remettre la vulve en état, d'en diminuer les dimensions et de lui rendre sa résistance primitive. Cette dernière opération est d'une exécution facile; elle permet plus tard à la femme de porter une pelote périnéale ou au besoin un pessaire, qui grâce au rétrécissement de la vulve, trouvera un soutien suffisant et pourra maintenir facilement l'utérus en place.



89. — Névralgies du sein. (Terrillon). — Sans parler des tumeurs du sein, justiciables de la chirurgie et dont le pronostic est souvent fort grave, il existe dans cette région un groupe d'affections plus bénignes que les auteurs ont décrit sous le nom de névralgies de la mamelle. Elles se présentent d'habitude dans trois conditions différentes. Tantôt on a affaire à des malades ayant des mamelles dures, tendues, turgescentes ; ce seront d'ordinaire des jeunes filles ou des femmes grasses bien portantes, souvent arthritiques et facilement congestives ; chez elles la névralgie s'accroît avant et au moment des règles. Tantôt, les malades présentent des mamelles volumineuses, bien détachées du thorax, pendantes, comme pédiculées et qui sont cependant congestives et douloureuses. Enfin, on peut se trouver en présence de femmes maigres qui ont les mamelles petites, sans graisse, où il n'existe que la glande et le squelette fibreux qui la constitue.

Le traitement de la névralgie mammaire, qu'il est souvent difficile de distinguer de la névralgie intercostale doit varier avec le cas.

Il faudra tout d'abord remédier, dans la limite du possible, à ce qui paraît être la cause de la névralgie. C'est ainsi que, dans le cas de mamelles pendantes, il faudra conseiller un corset bien fait, ou l'usage d'un maillot de tricot ou de soie qui empêche le ballottement et les tiraillements incessants auxquels la mamelle est sujette. Un appareil de suspension en flanelle prenant appui sur l'épaule du côté opposé rendra souvent de grands services. Les révulsifs, les émissions sanguines sont à conseiller dans ces cas de mamelles turgescentes.

Dans beaucoup de cas, il faudra recourir à la compression ouatée.

La compression doit être soutenue ainsi pendant une quinzaine de jours et même davantage, si cela est nécessaire, car elle constitue le meilleur moyen pour faire disparaître la névralgie. Dans les cas rebelles, les pointes de feu, la pulvérisation d'éther pourront être appliquées. Il ne faudra jamais négliger le traitement général, l'arsenic, le sulfate de quinine pour les cas où les douleurs sont intermittentes.

Le salicylate de soude chez les rhumatisantes ; l'aconitine et les bromure de potassium chez les névrosthéniques, aideront à mener à bien la cure de cette maladie.



90. — Eczéma des parties génitales externes chez la femme. — Chez la femme arthro-herpétique, on observe assez fréquemment de l'eczéma des parties génitales. Dans ce cas, il ne faut pas recourir aux topiques gras avec lesquels on n'a que peu ou pas de résultats, et la sensation extrêmement pénible que font éprouver les glycerolés ne permet pas aux malades l'usage de ces préparations.

Dans son service de St-Lazare, M. Chéron fait usage des lotions au chlorate de potasse laudanisé et en a obtenu les meilleurs résultats.

La formule qu'il recommande est la suivante :

Chlorate de potasse	50	gr.
Laudanum de S.	30	—
Aqua fontis.	1	litre.

Cette solution doit être employée chaude. On en lotionne les parties, que l'on recouvre ensuite de compresses imbibées de la même solution.

Si l'eczéma présente une surface rouge très enflammée, il faut auparavant faire tomber cette inflammation par des bains de siège à l'eau de son et de morelle, des applications de poudre de carbonate de chaux tous les soirs au moment de se coucher, en maintenant cette poudre par des cataplasmes de fécule de pommes de terre.

Il ne faut pas non plus négliger la constitution générale, que l'on modifiera par l'administration de l'arsenic à l'intérieur.

On évitera les récidives en mettant les malades à l'usage permanent des eaux bicarbonatées calciques, telles que les eaux de Pougues et d'Aulus.

En outre, les malades devront éviter l'usage du poisson, des fromages fermentés, des sauces, des condiments épicés, des crustacés, du

gibier, des alcools et en général de tous les aliments que proscrivent les dermatologistes.

FORMULAIRE

Le Kava *(piper metysticum)* ; *son emploi dans la cystalgie et dans la cystite spasmodique du col de la vessie chez la femme.* (J. CHÉRON.)

On sait combien se présente fréquemment à titre de complication, la cystalgie ou la cystite du col de la vessie chez la femme atteinte d'affection utérine. Le sulfate de quinine, le bromure de camphre, les stigmates de maïs, la strychnine, et surtout le traitement de la névralgie lombo-abdominale par les pointes de feu ou les applications sédatives donnent habituellement satisfaction en un temps plus ou moins long.

Le kava, qui croît abondamment dans les îles du Pacifique a, de tout temps, été employé par les indigènes avec un réel succès dans le traitement des maladies de la vessie et plus particulièrement dans la blennorrhagie, ce que le savant docteur Dupouy, médecin de la marine, put constater sur les gens de son équipage, il y a une dizaine d'années, lorsqu'il fut jeté, par un naufrage, sur les îles Wallis, après avoir séjourné pendant quelque temps à Taïti où la blennorrhagie est très répandue.

La macération que l'on fait avec cette plante est aromatique et procure une boisson stomachique et tonique. Elle modifie les flux blennorrhagiques, le catarrhe vésical, et surtout la douleur à la miction et conséquemment l'envie fréquente d'uriner. La manière la plus commode de l'employer est l'extrait mis en pilules d'après la formule suivante :

Extrait de Kava..............	10 gr.
Poudre de réglisse............	Q. S.

pour 100 pilules.

prendre de 4 à 10 par jour, une à une, deux à deux au plus.

Sous l'influence de ce médicament la dysurie diminue presque aussitôt, en même temps que l'urine devient plus abondante. S'il existe des leucocytes, on les voit promptement disparaitre. C'est un bon médicament qui rendra des services dans les troubles de la vessie qui existent, à titre de complication, dans les maladies de l'appareil utéro-ovarien.

Il va sans dire qu'il ne contre-indique en aucune façon le traitement de la névralgie lombo-abdominale dont les troubles du col de la vessie relèvent le plus ordinairement.

Directeur-Gérant, Dr J. CHÉRON.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. LE TAMPONNEMENT INTRA-UTÉRIN A L'AIDE DE L'ÉPONGE PRÉPARÉE. — II. LE TRAITEMENT PALLIATIF DES CANCERS DE L'UTÉRUS PAR LE RACLAGE COMPARÉ AVEC LES RÉSULTATS DONNÉS PAR L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.

I. La méthode si intéressante du Docteur Vulliet (de Genève) pour obtenir la dilatation permanente de la cavité utérine au moyen de tampons iodoformés a été présentée généralement comme une méthode nouvelle.

Le principe de cette opération, l'utilité qu'elle peut avoir comme moyen de diagnostic, et comme moyen de traitement, a cependant été indiqué, avec une grande précision, par M. Huchard, dans un mémoire couronné par la Société médicale d'Observation, en 1869, alors que le médecin actuel de l'hôpital Bichat était l'interne du Dr Richard. Mais, qui se souvient de la Société médicale d'Observation ? Qui se rappelle encore le mémoire « de l'éponge préparée dans les maladies utérines » ?

« L'éponge, dit l'auteur, 1° aide au diagnostic ; 2° aide au traitement ; 3° constitue tout le traitement. » Elle atteint le premier but dans les sténoses et les rétrécissements des orifices interne et externe du canal cervical ; elle remplit le second, dans les cas de métrorrhagies dues à des polypes fibreux, car elle permet d'at-

teindre le polype, de le voir, de toucher son point d'implantation en même temps qu'elle diminue, par elle-même, les écoulements sanguins symptomatiques de leur présence ; de même, après les débridements du col avec l'hystérotôme, elle est nécessaire pour rendre permanente la dilatation obtenue par l'instrument tranchant. Enfin, elle constitue tout le traitement dans l'endométrite hémorrhagique, en modifiant la muqueuse enflammée et en mettant un terme absolu aux hémorrhagies ; elle favorise l'écoulement des liquides secrétés dans la cavité utérine.

Par ces quelques exemples, on voit que la question du tamponnement utérin, mot employé du reste par l'auteur à plusieurs reprises, n'est pas une question absolument nouvelle.

Il faut reconnaître, cependant, que l'éponge préparée, qu'il est si difficile d'obtenir complètement aseptique, qui s'incruste dans les plis de l'arbre de vie et déchire toujours la muqueuse cervicale, — ouvrant ainsi la porte à l'infection dont elle fournit elle-même les matériaux, — l'éponge préparée est notablement inférieure aux tampons iodoformés du Dr Vulliet ou aux bourdonnets de charpie imbibés d'acide picrique en solution saturée, employés par M. Chéron, spécialement après les débridements au bistouri. Avec ces derniers tampons, l'antisepsie est assurée et les pelvi-péritonites ne sont pas à redouter, si l'on sait respecter les contre-indications habituelles de la dilatation.

Un autre moyen d'obtenir une dilatation permanente mériterait de nous arrêter quelque temps, mais il est encore à l'étude... nous nous contenterons d'en promettre la primeur aux lecteurs de cette Revue.

II. La tendance des chirurgiens actuels, en ce qui concerne le traitement des cancers de l'utérus, est d'abandonner le traitement soi-disant radical par l'hystérectomie, et de chercher des méthodes palliatives destinées à soulager les malades, à prolonger de quelque temps une vie dont les mois sont comptés. On se souvient peut-être qu'après l'hystérectomie faite par M. Bæckel, en 1884, dans un cas relativement favorable, trois mois seulement après le début de l'affection, alors que les culs-de-sac étaient absolu-

ment libres, la récidive était apparue, dans les ganglions pelviens, deux mois plus tard, et la mort survint aussi rapidement que si on n'avait pas fait d'opération.

Parmi les méthodes palliatives dont on a le plus à se louer, à cause de leur innocuité et de la survie, assez longue relativement, qu'elles permettent d'espérer, l'amputation galvano-caustique et le raclage tiennent le premier rang. C'est à ce dernier que M. le Dr F. Fraipont, assistant à l'Université de Liège, vient de consacrer un travail fort bien fait, très concluant et d'un réel intérêt.

L'auteur parle spécialement « des cas où l'on peut diagnostiquer d'emblée que la maladie est trop avancée, qu'il n'y a plus rien à faire pour obtenir une guérison radicale et que les jours de la patiente sont comptés ». Alors, on doit viser trois symptômes cardinaux « points de départ de la plupart des autres manifestations morbides qui s'observent ensuite dans l'organisme. Ce sont les *hémorrhagies*, les *écoulements leucorrhéiques abondants et fetides* et les *douleurs*». C'est par l'enlèvement des masses morbides ramollies qui sont la cause principale de ces trois symptômes, qu'on y arrive, croyons-nous, le plus sûrement et le plus rapidement.»

La malade est préparée à l'opération par des bains de siège, des irrigations vaginales phéniquées, des pansements glycéro-boratés et iodoformés.

La patiente étant chloroformée, le spéculum de Simon découvrant le col utérin et les parties voisines, « on implante alors deux pinces à balles américaines dans le tissu du col s'il en reste, ou dans la muqueuse vaginale avoisinante et on attire légèrement l'utérus vers le bas, à moins qu'il ne soit fixé par des adhérences péritonitiques ou par l'infiltration des ligaments larges. Une dernière irrigation phéniquée étant faite, on enlève avec la curette tranchante de Simon toutes les productions morbides qui font saillie dans le vagin. Une fois celui-ci déblayé, on introduit la curette plus haut en pénétrant vers le corps utérin et en se tenant toujours au pourtour du canal cervical dont la direction a été donnée par la sonde utérine. On enlève alors avec beaucoup de douceur les parties ramollies du néoplasme et on a soin de s'arrê-

ter dès qu'on arrive sur des tissus plus durs et plus résistants. On forme ainsi une plaie en entonnoir à sommet dirigé vers la cavité utérine. Un catéther est introduit dans la vessie pendant l'opération et sert à renseigner l'opérateur s'il doit s'approcher du bas-fond de cet organe. Quand l'infiltration s'est étendue du côté du rectum ou que l'utérus est en rétroversion et fixé dans cette position, on fait bien d'introduire l'indicateur de la main gauche à travers l'anus pendant qu'on racle de la main droite avec prudence et légèreté. » Une cautérisation légère au thermo-cautère Paquelin, l'introduction dans la plaie d'un tampon d'ouate imbibée de perchlorure de fer, un pansement à la gaze iodoformée terminent l'opération. Irrigations vaginales phéniquées tièdes.

Les résultats obtenus par ce procédé sont très encourageants : « ne pouvant guérir la malade, on peut toujours être certain de la soulager et même de prolonger sa vie ».

REVUE CLINIQUE DE SAINT-LAZARE.

(SERVICE DU Dr CHÉRON).

M. Jules Batuaud, interne du service.

Un cas d'érysipèle cataménial.

ARRÊT BRUSQUE DU FLUX MENSTRUEL. — ECZÉMA DES FOSSES NASALES. — PHARYNGITE ET ADÉNOPATHIE CERVICALE. — ERYSIPÈLE DE LA FACE. — ACIDE PICRIQUE. — GUÉRISON.

Observation. — Caroline A..., âgée de 20 ans, est admise le 3 avril 1886, à l'hospice de Saint-Lazare, salle 16, lit 3, dans le service de M. Chéron, pour un mal de gorge avec fièvre intense, anorexie, courbature et un mal de tête atroce qui l'empêche de dormir.

Cette jeune personne a l'aspect lymphatique d'autant plus accentué que les narines sont encombrées de croûtes épaisses.

Gourmes, ganglions, maux de gorge fréquents pendant son enfance; jamais elle n'a fait de maladies graves.

Elle a été réglée à 17 ans seulement; les règles ont été douloureuses la première année ; elles sont actuellement régulières et durent habituellement trois à quatre jours. Jamais ni enfants ni fausses couches. Elle dit n'être pas sujette aux pertes blanches.

Il y a deux jours, elle était *en pleine période menstruelle* lorsqu'elle a été arrêtée ; *tout écoulement a subitement cessé* et, le soir même, elle était prise des symptômes pour lesquels elle entre à l'infirmerie.

Le 3 *avril*, à la contre-visite, elle est fébricitante, courbaturée ; le pouls est fréquent, la peau très chaude (40° environ), la langue saburrale, le fond du pharynx rouge et tuméfié, les amygdales hypertrophiées. Croûtes *d'eczéma impétigineux dans les deux narines*. Ganglions cervicaux ; il existe sous le bord externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche un ganglion gros comme une noix très sensible au toucher.

Rien dans les antécédents ni dans l'état actuel qui permît de supposer la syphilis.

Malgré l'*adénopathie*, je pensai à une *pharyngite* simple, influencé que j'étais par les antécédents et l'aspect strumeux de la malade. J'ordonnai le régime lacté ; contre l'état gastrique, un purgatif salin ; enfin, contre la pharyngite, des gargarismes au chlorate de potasse.

Le lendemain matin, 4 avril, la malade est dans le même état ; elle n'a pas dormi la nuit dernière. Prescription : Une pilule d'extrait thébaïque de 0,05 centigrammes. Gargarismes.

Le 5 *avril*. — Au niveau du grand angle de l'œil gauche et sur une largeur de deux centimètres tout autour, la peau est tuméfiée, chaude, d'un rouge luisant ; la malade éprouve à ce point une sensation de cuisson très pénible et de tension considérable ; la circonférence de la partie malade se termine par un bourrelet très net. Le diagnostic d'*érysipèle* s'imposait. La température était de 39°5 seulement, aussi je ne crus pas utile de donner des antipyrétiques. La langue était moins blanche et moins sale, le mal de tête persistait ; pas de délire la nuit.

PRESCRIPTION. — Potion de Todd avec 4 grammes d'extrait mou de quinquina. Pilule d'extrait thébaïque le soir. Compresse d'eau de sureau en permanence sur le visage.

6 *avril.* — T. A. 39°4. L'érysipèle s'étend à presque tout le côté gauche de la face. On continue le même traitement.

7 *avril.* — T. A. 39°6. Le côté droit commence à être atteint. Une phlyctène à gauche.

8 *avril.* — T. A. 38°8. Toute la face, à l'exception du menton, est boursouflée, tendue, rouge et luisante; dans plusieurs points il y a des phlyctènes de 1 centimètre de diamètre. L'ensemble des parties atteintes justifie la comparaison qui a été faite de l'éruption érysipélateuse de la face à un papillon aux ailes déployées. Le cuir chevelu est respecté. Pas de délire. Même traitement.

9 *avril.* — T. A. 38°4. M. Chéron fait remplacer l'eau de sureau par une solution concentrée d'acide picrique dans l'eau.

A ce moment la tension était au maximum, surtout au niveau des paupières et il y avait 5 à 6 phlyctènes disséminées sur le visage.

10 *avril.* — T. A. 37°6. La malade trouve que le nouveau topique l'a beaucoup soulagée, et a diminué rapidement la tension et la cuisson locales. Il semble, en effet, que les paupières sont bien moins œdématiées. Les phlyctènes déjà formées s'affaissent et il n'en apparaît pas de nouvelles.

11 *avril.* — T. A. 37°2. La malade se trouve guérie et demande à manger.

12 *avril.* — T. A. 36°9. Elle a bien dormi la nuit précédente. La tuméfaction cutanée a disparu complètement.

Le lendemain matin M. Chéron lui donne son exeat.

Cette observation mérite d'être discutée et analysée à plusieurs points de vue.

Notons, en passant, que cette jeune personne, manifestement strumeuse par son aspect et ses antécédents, n'a été réglée qu'à 17 ans. L'apparition tardive de la menstruation chez les jeunes filles lymphatiques, leur précocité chez celles qui sont très nerveuses ou nées de parents arthritiques est un fait bien connu ; il est néanmoins intéressant d'en vérifier l'exactitude.

Laissant de côté, pour un instant, l'influence cataméniale, nous trouvons comme ordre chronologique : 1° une pharyngite avec adénopathie, et de l'eczéma des fosses nasales ; 2° un érysipèle de la face qui a débuté par le grand angle de l'œil gauche.

La porte d'entrée du principe infectieux a été ici soit l'eczéma, soit la pharyngite chronique acusée par la malade et aggravée par la suppression des règles ; tous deux peuvent être incriminés à bon droit, sans qu'il soit possible de préciser davantage. L'adénopathie cervicale prouvait l'absorption d'un principe infectieux, aussi le diagnostic d'angine simple aurait-il dû être écarté d'emblée. D'un autre côté la syphilis ne pouvait être incriminée; qu'est-il donc arrivé ? Le 5 avril l'érysipèle, caché jusque-là sur la muqueuse naso pharyngienne, se montrait à la face et évoluait au grand jour.

Si l'adénopathie précède souvent de 48 heures, et davantage, les premières traces d'éruption cutanée, cela tient à la fréquence du début de l'érysipèle par les muqueuses du nez et du pharynx, ainsi que Chomel l'a démontré le premier. Il s'agit donc ici d'un érysipèle à début interne.

Mais nous pouvons préciser davantage notre diagnostic et dire qu'il s'agit d'un érysipèle cataménial. Le premier phénomène pathologique a été en effet la suppression brusque du flux menstruel, suppression qui a, par l'intermédiaire de l'eczéma et de la pharyngite, ouvert la porte à l'infection. Dans d'autres cas, ce sont des pustules d'acné ou des vésicules d'herpès engendrées par le molimen hémorrhagique qui, d'après les observations de M. Verneuil et celles toute récentes de M. Tourneux (1), sont la cause occasionnelle de l'érysipèle cataménial.

(1) Un ancien interne de Saint-Lazare, le Dr Louis Tourneux, a consacré tout dernièrement sa thèse inaugurale à l'étude de l'érysipèle cataménial : « L'érysipèle sera dit cataménial, chaque fois qu'il surviendra chez une femme au moment de la période aménorrhéique, qu'il récidive ou non le mois suivant, et quelles que soient d'ailleurs les autres conditions dans lesquelles il se développe; cet érysipèle peut également apparaître à la ménopause, mais à l'époque où l'évacuation menstruelle devrait avoir lieu. » Il admet « que la cause occasionnelle de cette affection est

Ici la marche a été la marche habituelle : 3 jours pour l'énanthème, 7 jours pour l'exanthème, et la maladie s'est terminée par la guérison, ainsi que cela est la règle. On sait qu'il faut au contraire réserver le pronostic quand l'affection suit la marche inverse de celle qu'elle a suivi dans le cas précédent, et gagne les muqueuses après avoir débuté par la peau.

Reste la question de traitement.

Je ne parlerai pas du traitement général : les toniques, l'opium contre l'insomnie, les purgatifs contre l'état gastrique en font les frais. Le traitement local est plus sujet à discussion.

Les partisans de l'abstention — ou de l'eau de sureau, qui soulage un peu les malades — sont nombreux. Ils s'appuient sur le peu de gravité de l'érysipèle de la face, et sur l'impossibilité de couper court à la maladie.

Depuis quelques années, cette méthode tend à être abandonnée et plusieurs médecins ont été conduits, par les théories actuelles sur la nature infectieuse de l'érysipèle, à employer la médication antiseptique locale. Trousseau en avait du reste donné l'exemple, lorsqu'il recommandait d'étendre sur les parties malades de l'éther camphré (Ether 60 grammes, camphre 30 grammes). L'éther camphré n'amenant que peu de résultats, on a dû s'adresser à d'autres antiseptiques : l'acide phénique, la résorcine et l'iodoforme ont été successivement essayés.

En 1878, Hueter a proposé de choisir une solution d'acide phénique à 3 0/0 contenant 3 0/0 d'alcool et d'en injecter 1 gramme par surface ayant la dimension d'une demi-carte à jouer. Il dit avoir toujours réussi à éviter l'extension de l'éruption. Plus récemment M. Hayem a obtenu la rétraction de la peau et le dessèchement des plaques d'érysipèle, en 48 heures, après un seul badigeonnage d'une solution à parties égales d'acide phénique et d'alcool.

Bogusch fait tout autour de la plaque érysipélateuse des injections de résorcine à 5 0/0.

la présence d'une pustule d'acné ou d'une vésicule d'herpés, engendrée par le molimen hémorrhagique, probablement par action réflexe.»

Louis Tourneux : De l'érysipèle cataménial, thèse de Paris, 1886.

Enfin Clark Burman (*Bull. de thérap.*, 15 juin 1834) a vanté les badigeonnages avec le collodion iodoformé (iodoforme 1 p. — collodion 10 p.)

Les résultats obtenus sont encourageants, mais il y a un choix à faire parmi ces procédés. Tout d'abord, on doit écarter les injections hypodermiques d'acide phénique (Hueter) ou de résorcine (Bogusch), car elles sont douloureuses et amènent parfois de petits abcès. Le badigeon de M. Hayem est très actif; malheureusement il laisse une coloration rosée indélébile de la peau. Reste donc le collodion iodoformé, dont l'emploi est très rationnel.

Depuis plusieurs années, M. Chéron, qui a bien mis en relief les propriétés antiseptiques de l'acide picrique, utilise cet agent dans le traitement local de l'érysipèle. Toutes les fois qu'il a pu faire les badigeonnages, avec la solution concentrée, dès le début de l'éruption cutanée, il a réussi à faire avorter l'érysipèle en quelques jours. Ce moyen est très bien supporté, ne cause aucune douleur, diminue au contraire d'une façon notable le gonflement œdémateux des parties et fait cesser la sensation de tension et de cuisson locales. La peau reste teinte en jaune pendant peu de temps ; bientôt elle reprend ses caractères normaux. C'est, en somme, même avant le collodion iodoformé, le topique auquel on peut donner la préférence, le cas échéant.

DE L'ANTISEPSIE DES DOIGTS

et des instruments en gynécologie

Par le Dr A. Brondel, d'Alger.

—

Si tout le monde n'admet pas encore les théories microbiennes, personne, au moins, ne met en doute l'importance de l'antisepsie qui règne presque sans conteste non seulement en chirurgie, mais encore en médecine. Nous entrons véritablement dans le règne de la propreté opératoire.

Ce n'est donc pas la gynécologie, qui tend de plus en plus à être presque exclusivement chirurgicale, qu'on pourra maintenir en

dehors du mouvement, tout au contraire doit-on s'efforcer de rendre les manœuvres courantes qu'elle nécessite absolument aseptiques. On comprend, en effet, combien les doigts et les instruments de l'opérateur peuvent devenir de dangereux véhicules de maladies contagieuses par leur introduction répétée dans des régions aussi délicates que les organes génitaux internes, régions dont la muqueuse est des plus friables, et qui sont si souvent le siège d'écoulements plus ou moins septiques.

Aussi ne peut-on prendre de trop minutieuses précautions pour assurer la propreté des spéculums, sondes utérines, pinces à pansements, etc..., destinés à pratiquer les examens des organes génitaux féminins, ainsi que des doigts qui servent au toucher vaginal. Je crois donc qu'il peut être utile de donner aux médecins quelques conseils en la matière.

Le premier de tous les antiseptiques est le feu ; aussi ne puis-je que recommander de flamber soigneusement, avant de s'en servir, les instruments dont le métal est inoxydable, comme les hystéromètres en platine ; on les plonge ensuite encore chauds, dans la liqueur de Van Swieten. On plongera les instruments qu'un pareil traitement pourrait attaquer dans une solution d'acide borique à 4 0/0, ou également dans la liqueur de Van Swieten, mais sans les avoir fait chauffer au préalable.

La pommade que j'emploie pour graisser les spéculums et les sondes est la suivante :

Acide borique................	10	grammes
Essence d'eucalyptus.........	10	—
Vaseline	100	—

Pour les doigts je me sers d'une pommade plus antiseptique composée de vaseline au bichlorure de mercure à 1 millième avec essence d'eucalyptus à 10 0/0 ; son odeur est assez agréable et masque parfaitement le parfum parfois si pénétrant et si tenace que laisse le mucus vaginal de certaines femmes à sécrétions odorantes. Ce qui m'a fait renoncer à la pommade mercurielle pour graissage du spéculum, c'est que le métal des instruments est terni par le sel de mercure.

Enfin, pour le lavage des mains je me suis fait confectionner des

savons vraiment antiseptiques contenant du biiodure de mercure et de l'acide thymique. Ils sont de deux sortes : des savons forts destinés à l'antisepsie des mains avant les opérations chirurgicales ou obstétricales, et des savons faibles pour l'usage gynécologique.

Je ne saurais trop recommander l'usage de pareils savons qui permettent d'obtenir une asepsie beaucoup plus simple et beaucoup plus complète que les solutions d'acide phénique dont un des inconvénients est de nous amoindrir la finesse du toucher pendant un temps assez long. En outre, il est toujours facile d'emporter sur soi un savon renfermé dans une boite métallique *ad hoc* afin de pouvoir se laver au domicile des malades.

Toutes ces précautions ne sont pas superflues, bien au contraire, et comme les traités spéciaux négligent tous d'en parler, j'ai cru qu'il n'était pas inutile de les recommander aux médecins qui s'occupent de gynécologie, et même aux autres.

DU TRAITEMENT SEC

NOUVELLE MODIFICATION DANS LA THÉRAPEUTIQUE UTÉRINE PROPOSÉE PAR LE Dr GEO. J. ENGELMANN A LA SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE SAINT-LOUIS.

Le docteur Engelmann a fait, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Saint-Louis, une intéressante communication dans laquelle il expose les avantages d'une nouvelle méthode qu'il a adoptée pour le traitement des affections utérines et qu'il nomme : *Méthode du traitement sec.*

Le traitement sec, dit-il, lui a été inspiré, principalement, par les tristes résultats et les accidents qu'il a observés à la suite de l'usage de solutions irritantes introduites dans la cavité utérine, surtout de l'iode et du nitrate d'argent. Il critique aussi l'emploi intempestif des pessaires appliqués en vue de redresser l'utérus

déplacé, dans certains cas où on aurait pu les éviter si l'on s'était plus inquiété des causes du déplacement.

Tout en reconnaissant l'utilité, mais seulement dans les cas de nécessité absolue, des applications intra-utérines, il voudrait voir adopter, en principe, comme méthode générale, le pansement sec.

« Il m'a semblé, depuis longtemps, dit-il, qu'il serait avantageux d'admettre dans la thérapeutique utérine que nous devrions agir sur tous les tissus de l'organe, même dans le vagin et les parties environnantes, les ligaments et le tissu cellulaire et non pas seulement sur la membrane muqueuse. J'ai senti qu'on devait trouver, comme points d'application, des tissus qui supporteraient mieux l'action des médicaments. Ces tissus, en effet, sont fréquemment le siège ou le centre des modifications pathologiques existantes et il est nécessaire de diriger sur eux le traitement. L'expérience m'a, du reste, appris que, dans toute maladie utérine qui n'est pas rigoureurement localisée, il est de beaucoup préférable d'attaquer directement les tissus les plus résistants et la plus grande masse de tissus plutôt que la membrane muqueuse qui est plus délicate. »

Il a donc expérimenté l'application des solutions d'alun, de bismuth, d'oxyde de zinc, d'iode, d'iodoforme, etc., dans un spéculum cylindrique,sans être satisfait des résultats qu'il en obtenait. Les tampons de coton imbibés de ces solutions ont semblé mieux réussir et lui ont donné l'idée d'employer les tampons de coton préparé. C'est la forme à laquelle il s'est arrêté comme étant la plus simple, la plus commode et la plus propre, tout en étant la plus efficace.

L'iode, dans ces conditions, ne brûle ni ne cautérise; il ne cause donc pas de douleur. Placé directement au point sur lequel il doit exercer son action, il n'agit pas violemment, tout d'un coup, mais est absorbé lentement, graduellement et d'une manière continue.

Le docteur Engelmann fait usage de cotons préparés à l'alun, au tannin, à l'acide borique, à l'acide salicylique, à l'iode, à l'iodoforme.

Facilité d'application, action douce et prolongée sont les

principaux avantages de cette méthode qui possède des qualités incontestables. Le tampon de coton offre, en outre, l'avantage de servir de soutien à l'utérus, dans certains cas de déplacements dans lesquels l'état inflammatoire de l'appareil utéro-ovarien rendait insupportables aux malades des pessaires qui, loin de les soulager, augmentaient au contraire l'inflammation.

Dans le cas de relâchement du vagin, particulièrement, cette méthode trouve son indication la plus formelle. Dans ces conditions, le Dr Engelmann emploie le coton ferrugineux (*perchlorure de fer sans doute*) qui, tout en soutenant l'utérus, resserre et fait contracter les tissus et par conséquent complète l'action du tampon.

Selon lui, il n'y a pas de meilleur traitement que les cotons médicamenteux. Le médicament est absorbé graduellement et après vingt-quatre heures le tampon peut être enlevé.

Il a également employé des tampons faits de fibres de jute qu'il trouve plus légers et plus élastiques que ceux en coton, qui, lorsqu'ils sont imprégnés des liquides de sécrétion, deviennent mous.

Mais la fibre de jute est quelquefois trop dure et pourrait être irritante. Il fait alors un petit tampon de jute qu'il recouvre de coton préparé. Ce tampon unit ainsi l'élasticité de l'un à la douceur de l'autre.

Dans les cas où les applications intra utérines lui semblent indispensables, le Dr Engelmann introduit dans la cavité utérine des crayons médicamenteux. C'est la meilleure forme de médication qu'il ait pu obtenir, se rapprochant de la poudre. Car, s'il existait un instrument permettant de saupoudrer la muqueuse intra-utérine, il appliquerait exclusivement la méthode du pansement sec à toute la thérapeutique utérine.

Il emploie le crayon gélatineux qui est flexible, léger et qu'on peut introduire aisément dans la cavité utérine, sans l'obturer complètement et sans danger, à la condition, cependant, de prendre les plus grandes précautions pour opérer cette introduction. Ces crayons ont de 1/2 à 3/4 de ligne (1) d'épaisseur. Ceux dont il

(1) La ligne anglaise vaut 2 millimètres 1166.

fait usage le plus généralement sont à l'iodoforme et contiennent chacun : un grain de sulfate de zinc, un grain d'opium et 1/4 de grain d'extrait de belladone (1).

Les pansements à l'aide de tampons glycérinés, par exemple, sont presque condamnés par lui, comme malpropres et d'une application générale peu satisfaisante, sauf dans certains cas clairement définis, tels que les cas d'induration chronique du col. Hors de là, il préfère le coton iodé sec qui, pour lui, remplace avec avantage la glycérine.

Sans avoir le même enthousiasme exclusif que notre éminent confrère, nous apprécions les avantages du traitement sec dans certaines affections utérines; nous avons, pour notre part, fait de nombreuses applications de substances médicamenteuses réduites en poudre, sur le col de l'utérus, dans les cas d'ulcérations, alun, oxyde de zinc, acide borique, acide salicylique, iodoforme, etc.

L'iodoforme surtout est un médicament précieux dont l'usage est malheureusement restreint, à cause de son odeur désagréable et pénétrante, odeur qu'on a cherché à faire disparaître et qu'on n'est parvenu qu'à masquer très imparfaitement. Malgré cela, certaines malades, lorsqu'elles en ont usé, ressentent une telle amélioration dans leur état, qu'elles n'hésitent pas à accepter d'en continuer l'emploi et même à le réclamer. C'est, à notre avis, de toutes les applications sèches, de beaucoup la meilleure. Mais il ne faut pas méconnaître la valeur des solutions médicamenteuses telles que l'iode, le perchlorure de fer, l'acide picrique, le salicylate de soude, l'acide borique, etc.

Certaines formes d'ulcérations fongueuses, véritables surfaces bourgeonnantes, ne sont bien modifiées, comme nous l'avons observé et publié dans cette revue, que par les scarifications suivies de l'application de la solution de perchlorure de fer à 30°. Dans ces cas, l'iodoforme même, auquel nous reconnaissons une réelle valeur, serait inférieur au perchlorure.

L'endométrite du corps et du col, surtout l'endométrite purulente est traitée avec succès par les injections intra-utérines d'a-

(1) Le grain anglais vaut 0 gramme 0598.

cide picrique, de salicylate de soude, d'acide borique, qui, pratiquées avec prudence, n'ont jamais, entre nos mains, causé le moindre accident.

Il est vrai que si nous avions à notre disposition un instrument permettant d'insuffler des substances médicamenteuses pulvérulentes dans la cavité utérine, nous donnerions encore la préférence à l'iodoforme réduit en poudre impalpable. C'est vers ce but que doivent tendre les efforts des gynécologues. Car les crayons gélatineux du Dr Engelmann ne nous semblent pas encore réunir toutes les qualités désirables pour remplacer avec avantage les injections intra-utérines ; les substances médicamenteuses en solution ou en suspension dans la gélatine n'ont pas sur la muqueuse utérine la même action que les poudres qui sont directement en contact avec elle.

Quant aux pansements glycérinés, il est impossible de ne pas reconnaître la valeur de ce précieux moyen.

Pour nous, dans la congestion utérine passive, dans la plupart des affections utérines qui s'accompagnent de congestion dans la majorité des cas, il est indispensable; dans l'endométrite, dans la phase congestive de la première période de la métrite parenchymateuse chronique, dans la phase d'infiltration et d'engorgement qui lui succède, principalement quand cette métrite est due au défaut d'involution après l'accouchement ou la fausse couche, le pansement glycériné est le premier traitement local à appliquer. Le pouvoir exosmotique de la glycérine est un moyen de déplétion d'une efficacité incontestable. Le liquide aqueux que le pansement glycériné emprunte au col utérin opère un dégorgement des systèmes sanguin et lymphatique de l'utérus qui permet aux vaisseaux de reprendre la tonicité que leur avait fait perdre l'état de distension dans lequel ils étaient. Tout en appréciant à sa juste valeur les intéressantes recherches de notre éminent confrère qui a réalisé des perfectionnements importants dans le traitement médical des affections utérines, nous nous permettrons de réclamer en faveur des pansements glycérinés qui, à notre avis, doivent être la base de toute médication appliquée à l'utérus.

R. F.

COURS D'OBSTÉTRIQUE COMPARÉE
SUIVANT LES DIFFÉRENTES RACES HUMAINES

Par le Dr E. Verrier.

—

19e LEÇON

DES MUTILATIONS DE L'ENFANT NOUVEAU-NÉ ET DE L'INFANTICIDE.

Messieurs,

Je vais vous parler aujourd'hui des mutilations que subissent chez certains peuples les enfants nouveau-nés et de l'infanticide.

Une mutilation d'autant plus cruelle qu'elle s'attaque à une loi de la nature a été pratiquée dès la plus haute antiquité, et bien des siècles avant Malthus on avait pu formuler la restriction sexuelle pour limiter l'accroissement de la population.

C'est sous l'empire de cette idée que la castration aurait pris naissance. Cette mutilation, limitée d'abord aux prisonniers de guerre qui devenaient ainsi des esclaves *sûrs*, remplaça peu à peu le massacre et l'anthropophagie.

C'était pour empêcher que ces esclaves n'augmentassent trop rapidement la population que la castration fut établie. A cette époque, cette mutilation se pratiquait sur l'adulte.

En Orient, où elle existe encore aujourd'hui, elle sert à faire des eunuques pour les harems, et se pratique plutôt sur l'enfant.

Il y a à peine un siècle que la Rome des papes se servait aussi des eunuques pour la chapelle Sixtine, en raison du registre élevé de leur voix.

Mais ce fut la Rome païenne qui utilisa surtout ces pauvres déshérités de la société antique.

Ovide, dans son livre *les Amours*, l. XI, el. III, v. 3, dit que celui qui, le premier, inventa une telle abomination, méritait de se voir appliqué à lui-même la peine du talion... C'est qu'Ovide ne savait pas que ce premier coupable fût une femme !

D'après Claudien et A. Marcellin, ce fut en effet Sémiramis...

mais cette invention diabolique ne lui porta pas bonheur et elle fut assassinée par son propre eunuque.

A Rome, il y avait trois espèces d'eunuques.

1° Les *castrati*, chez lesquels on avait tout enlevé. Ils étaient fort chers et sont encore aujourd'hui très recherchés en Orient. La mort, en effet, fait parmi eux de nombreuses victimes dans les premiers temps qui suivent leur mutilation ;

2° Les *spadones*, les plus communs. Ceux auquels on n'enlève que les testicules. C'est l'opération que nous pratiquons chez nous pour les cas pathologiques ;

3° Les *thlibiæ*, qui avaient les testicules écrasés. Cet écrasement qui se rapproche du bistournage que les vétérinaires appliquent aux animaux, a été décrit par Hippocrate. D'après Pétrone (*Satyricon*, 19), le suc épaissi de ciguë, appliqué en topique, aurait donné le même résultat.

Quoi qu'il en soit, pour faire un thlibia, il fallait placer l'enfant dans un bain et pendant toute la durée du bain, lui masser, pétrir, en quelque sorte écraser les testicules, encore mous du reste, entre les doigts de la main. Il paraît que cette manœuvre est assez bien supportée à cet âge où la substance testiculaire est encore cohérente.

Quelquefois on se contente de contourner sur lui-même le cordon spermatique et les vaisseaux, d'interrompre la circulation et d'amener ainsi l'atrophie ou même la dégénérescence du testicule qui tombe ensuite en lambeaux sphacélés.

Le plus grand nombre des eunuques à Rome était amené de Perse.

Dans l'île de Délos, il existait un entrepôt d'eunuques. Hérodote nous raconte l'histoire d'un certain Hermotine qui fut fait prisonnier à Chio, et y devint l'esclave de Panionius. Celui-ci le fit châtrer pour le revendre ensuite à Xercès, dont il devint le *favori*.

Pour se venger plus tard de cette iniquité, Hermotine fit venir Panionius à la cour de Xercès sous un prétexte plausible, accompagné de ses quatre fils ; et là, il força le père à châtrer ses fils et

ensuite exigea des fils, sous les peines les plus sévères, qu'ils châtrassent leur père.

Hérodote, l. III, nous raconte encore que Périande, tyran de Corinthe, fit enlever trois cents enfants des meilleures familles de son pays pour les envoyer à Sardes où on devait les faire eunuques. Mais obligé par la tempête de relâcher à Samos, le navire qui les portait entra dans le port ; et les Samiens, ayant recueilli ces jeunes gens dans le temple qui était alors un asile inviolable, les sauvèrent ainsi de la honteuse mutilation qui les attendait.

Cet usage de la castration était alors si répandu que non seulement dans les marchés entre les particuliers, mais jusque dans les marchés entre Etats, il était question d'eunuques. C'est ainsi que, d'après un traité, la Perse devait recevoir de Babylone *mille talents d'argent et cinq cents eunuques* (Hérodote).

D'après Diodore de Sicile, les Troglodytes faisaient châtrer leurs enfants difformes afin de les empêcher de reproduire des enfants qui leur ressemblassent. Cette coutume, il faut bien l'avouer, était moins barbare que celle qui fut pendant un temps en usage à Lacédémone, et qui consistait à les tuer.

Il faut rendre justice aux lois des juifs qui, d'après Flavius Josèphe, défendaient absolument ces mutilations, même chez les animaux. Mais nous verrons plus loin, d'après Élisé Reclus, que la circoncision en usage chez eux, n'y aurait été introduite que pour remplacer la coutume de la castration ; tel n'est pas mon avis, je dirai pourquoi quand je parlerai de cette autre marque ethnique.

A Rome les opérateurs étaient le plus souvent des barbiers (*tonsores*), quelquefois des marchands d'eunuques eux-mêmes (*mangones*). Martial parle bien d'un médecin qui intervint pour la castration d'un certain Baccara ; mais ce fut là un fait exceptionnel et motivé par une rivalité amoureuse.

Les grandes dames romaines pour éviter d'avoir recours aux abortifs et en même temps se livrer *ad securas libidinationes* (saint Jérôme), préféraient aux eunuques faits dans la jeunesse, ceux qui étaient faits après la puberté (Juvénal). Elles choisis-

saient toujours les hommes les plus développés et les plus beaux espérant qu'il en resterait toujours quelque chose. Jamais Néron, du reste, contrairement à l'usage répandu chez les Troglodytes, ne permit que l'on châtrât des enfants difformes ou scrofuleux.

La dépravation à Rome et dans toute l'antiquité était poussée tellement loin, que les liaisons d'eunuques avec leurs maîtres sont restées célèbres. J'ai déjà parlé de celle de Xercès et d'Hermotine, il y en avait d'autres de telle sorte qu'on pouvait dire des eunuques :

Inter feminas.... viri
Et inter viros.... feminæ.

D'une façon générale, ils étaient cependant écartés des sacrifices comme *non integri corporis* ; et jamais ils ne pouvaient être prêtres, si ce n'est prêtres de Cybèle, et encore devaient-ils, pour obtenir cette faveur, se châtrer eux-mêmes avec un tesson de bouteille ou de poterie.

Lorsque le jeune homme, aspirant à la prêtrise, était initié, dans le feu de l'inspiration il arrivait quelquefois qu'il se retranchait lui-même les parties avec une épée !

Il y a eu à Rome des femmes qui n'ont pas craint de se marier avec des eunuques. Tel l'eunuque Eutrope, cité par Juvénal qui avait trouvé femme gentille.... mais, comme nous l'avons dit, il y avait eunuque et eunuque.

Cet usage de la castration s'était tant répandu que Domitien avait fini par défendre cette mutilation. Mais Héliogabale encouragea les eunuques à reparaître en leur accordant des récompenses.

Plus tard, cependant, Aurélien parvint à en limiter le nombre, mais sans les supprimer. Dans quelques cas la castration était réservée pour punir l'adultère...

Xantus dit qu'un roi de Lydie fit, le premier, châtrer des femmes pour remplacer des eunuques. Mais on ne sait au juste en quoi consistait la castration chez la femme. S'agissait-il de l'ovariotomie ou simplement de la circoncision ?

Les textes sont obscurs sur ce sujet et les détails manquent.

Jules Rouyer cite bien un châtreur de porcs qui enleva l'utérus

à sa fille pour réprimer ses déportements, mais ce ne fut là qu'un fait isolé. La fille, parait-il, survécut à cette opération. On ne dit pas si elle fut corrigée de ses vices.

Peut-être bien ne s'agissait-il dans l'espèce que de la clitoridectomie, cette opération qui, proposée et exécutée par Baker-Brown, à Londres, contre l'hystérie, le fit bannir de la société de ses collègues, il y a quelques années à peine. Aujourd'hui, cependant, cette mutilation a pris rang parmi les opérations régulières de la chirurgie.

Chez les Hottentots, à l'heure actuelle, il existe encore une sorte de castration, basée sur la crainte d'avoir des jumeaux. Dès que le jeune garçon est arrivé à l'âge de la puberté, il est soumis à l'ablation d'un de ses testicules, qui se pratique ainsi : quatre de ses camarades le maintiennent à terre couché sur le dos, tandis que l'opérateur fend la peau des bourses d'un côté, sépare de ses enveloppes et énucléé le testicule, qu'il remplace par une boulette de ouate ou de charpie roulée dans de la graisse de mouton ; puis il recoud la plaie avec un os aigu de poisson servant d'aiguille et du fil ou corde à boyau. Cette opération, qui donne lieu à une sorte de fête de famille, est terminée par une onction générale du patient avec de la graisse de mouton, et pour cela on le tourne en tous sens, puis, l'opérateur urine sur ce malheureux et émulsionne la graisse par une friction complète du jeune sujet qui est ensuite reporté dans sa case, tandis que les assistants se livrent à la danse et aux libations.

Kolben nous dit cependant que, chez les Hottentots, la naissance de jumeaux n'est regardée comme fâcheuse que s'ils sont du sexe féminin ou au moins un des deux. Pourquoi alors cette demi-castration ?

En Australie, ce n'est plus la castration, mais une autre mutilation qui consiste dans la mise à nu du canal de l'urèthre dans toute sa longueur, de sorte que ce canal se trouve réduit à une rigole supérieure. Cette mutilation, qui porte le nom de *mika opération*, est décrite tout au long dans la *Revue d'anthropologie*, nº de janvier 1882. Elle aurait pour but de limiter le nombre des sujets reproducteurs dans la population mâle. Pendant les

rapprochements sexuels, en effet, le sperme s'écoule par cette sorte d'hypospadias en dehors du vagin et la fécondation ne peut avoir lieu.

Dans d'autres pays, ce sont de simples incisions pratiquées sur le pénis qui rappellent plus ou moins les mutilations précédentes. Ainsi, au Mexique, c'est une incision sur les côtés du frein ; les Mélanésiens, les Néo-Calédoniens, les Polynésiens subissent une incision simple du prépuce qui, si elle est faite par un inhabile, peut être suivie d'hypospadias.

D'autres incisions sont pratiquées, ailleurs, sur diverses régions du corps. Artus, dans l'*Histoire générale des voyages*, t. XV, p. 261, nous apprend qu'au Benin, on pratique aux enfants trois grandes incisions superficielles sur le devant du corps, depuis les épaules jusqu'au nombril. Daniell (*Desc. of Guinea*, 97), nous dit qu'à Biafra on remplace l'instrument tranchant par le cautère actuel, à l'aide duquel on fait une perte de substance sur la peau du front, de manière à produire une cicatrice indélébile qui aide les guerriers à se reconnaître entre eux dans les combats.

Mais une mutilation qui a pris un caractère religieux suivant certains des peuples qui la pratiquent et s'est très répandue, c'est la circoncision.

Élisé Reclus prétend que cette marque ethnique n'est qu'un reste, comme je le disais tout à l'heure, de la castration. Or, la castration ne s'est jamais pratiquée chez les Juifs, puisqu'ils la défendaient même pour les animaux, et c'est chez eux que la circoncision a été, sinon mise pour la première fois en usage, puisqu'on en trouve des traces chez des peuples anciens qui n'ont jamais eu de rapports avec les Israélites, du moins réglementée par les lois qui en font une obligation religieuse.

Moïse, qui était tout à la fois un législateur et un grand hygiéniste, avait remarqué que la longueur trop considérable du prépuce dans la race sémitique était la cause, dans le pays qu'habitaient ces peuples, de fréquentes maladies locales, il prescrivit donc la circoncision et eut l'habileté d'en faire une obligation religieuse.

Le huitième jour de sa naissance, le nouveau-né masculin est porté au temple, ou plus simplement l'opérateur, qui peut être un rabbin ou un opérateur habitué, mais non lévite, se rend au domicile du père pour pratiquer la circoncision.

Il y a différentes méthodes opératoires. J'ai eu l'occasion d'assister à une de ces opérations dans une famille israélite, à Paris.

L'enfant était tenu par le parrain, assis sur une chaise, en face de l'opérateur ; tous les assistants, la tête couverte et tenant un chandelier à deux branches avec de petites bougies allumées, chantaient des cantiques ou des psaumes en hébreu. L'opérateur, vêtu d'une sorte d'étole par-dessus son habit, saisit le prépuce, le tira en avant en isolant le gland et l'excisa d'un seul coup avec une sorte de canif très aiguisé ; puis, prenant une gorgée de vin aromatique dans sa bouche, il y mit le pénis du petit patient et le garda quelque temps ; ensuite il rendit le vin et le sang dans une tasse, en prononçant quelques paroles sacrées. Il fit ensuite un petit pansement et tous les assistants reprirent leurs chants et saluèrent le père avant de s'en aller.

La cérémonie religieuse varie du reste, suivant les pays, comme le mode opératoire lui-même, mais le fond est toujours semblable.

Après les Juifs, ce furent les Mahométans qui propagèrent le plus la circoncision. Bien que le Coran n'en parle pas d'une façon précise, elle est cependant obligatoire chez les Turcs de huit à dix ans, chez les Kabyles de six à huit ans et chez les Arabes à cinq ans. Le docteur Bertherand a décrit le procédé employé dans notre Afrique française. L'opérateur ramène le prépuce en avant et le lie fortement avec un fil, en avant du gland. Il le passe ainsi dans un disque de bois mince et percé d'un trou au centre, et, pressant, le disque contre le gland, il excise d'un seul coup tout le prépuce, en le tendant à l'aide du fil, soit avec des ciseaux courbes, soit avec un rasoir. On plonge ensuite le pénis dans un œuf fraîchement ouvert ; puis on garnit la plaie d'une poudre astringente, et on place par-dessus un petit pansement.

Dans les jours qui suivent, s'il survenait un peu d'inflammation, on mettrait un cataplasme fait de beurre et d'oignon.

Le septième jour, la cicatrisation est généralement complète et le jeune homme peut sortir.

L'excision du prépuce s'opère aussi entre deux ligatures (docteur Noguès). Le prépuce est ensuite recueilli et accroché à un objet quelconque dont le père fait cadeau à son fils.

Certaines tribus africaines pratiquent également la circoncision, telles que les Akras, les Gégis, les Nagos, mais d'autres la repoussent. Chez les Minas, un homme circoncis serait exclu des fêtes et des dignités publiques.

Non seulement, en Afrique, l'opération se fait à l'âge de la puberté, mais parfois bien au delà. C'est ainsi qu'au Rio-Nunez on la pratique de vingt-cinq à trente ans.

Le docteur Corre donne une curieuse explication de la circoncision qui lui aurait été racontée par un nègre du pays. C'est que, par cette opération, le gland toujours à découvert, perd de sa sensibilité, ce qui rend forcément la copulation plus longue, à la grande satisfaction de l'homme et de la femme.

Nous voilà bien loin, comme on voit, des religieuses prescriptions de Moïse ou des explications non moins religieuses de saint Jérôme !

Dans tout le pays nègre, l'opération est pratiquée par un marabout à l'aide du couteau arabe, plus rarement avec le rasoir.

Une pratique qu'il importe aussi de signaler, c'est la circoncision des filles, faite par les matrones du pays. Mais là-dessus, comme dans la castration des filles on ne sait au juste ce que l'on retranche, clitoris ou nymphes. En tout cas, la partie excisée est enfouie, brûlée, ou sert de bourre à un fusil que l'on décharge en l'air.

A Madagascar, où la circoncision existe également dans plusieurs tribus des Hovas, on dit que le prépuce est avalé par un proche parent de l'opéré. Je ne garantis par l'exactitude de cet usage.

Quoi qu'il en soit, quant à la circoncision des filles, à la Nouvelle-Guinée elle se pratique de quatre à neuf ans ; dans d'autres pays, à l'époque des premières règles. Au vieux Calabar, l'opé-

ration se fait entre deux bambous. Elle consiste plus spécialement dans l'excision du clitoris.

Lorsque l'on retranche les nymphes, qui, comme l'on sait, sont très développées dans les races nègres du sud de l'Afrique et sujettes à dégénérescences, c'est plutôt dans un but thérapeutique que pour se soumettre à une pratique vraiment ethnique.

Dans quelques pays on enlève tout à la fois les nymphes et le clitoris. Ce serait là, pour les femmes adultes, une garantie de chasteté se pratiquant à la demande de la jeune fille qui désire conserver sa virginité. On opère aussi de la même façon quelques esclaves.

Enfin, on a vu exciser toutes ou portion des grandes lèvres et quelquefois on combine cette opération avec les mutilations précédentes.

En Ethiopie, on pratique chez les filles l'*infibulation*. Cette opération, renouvelée des Romains, consiste à percer les lèvres vulvaires d'un trou et à y passer un anneau que le mari seul enlève à l'époque du mariage (Strabon).

Celse donne de grands détails sur cette opération à l'époque romaine ; elle se faisait aussi bien sur les hommes que sur les femmes. (Voy. *Etudes médicales sur l'ancienne Rome*, par Jules Rouyer.)

Au moyen âge, la vertu des femmes était garantie par une ceinture et un cadenas de sûreté, dont on peut voir un échantillon au musée de Cluny.

Quelle plus belle garantie y a-t-il que l'amour partagé et la confiance mutuelle pour les époux, ainsi que la bonne éducation basée sur la morale pour les filles ? L'infibulation, la ceinture de sûreté ou la crainte de l'enfer ne prévaudront jamais sur la dignité personnelle et le respect de soi-même. Quant aux cas, heureusement rares, d'érotomanie, le divorce y remédiera désormais.

Je dois signaler encore des piqûres, des tatouages comme distinctions ethniques ou hiérarchiques ; l'ouverture de la cloison du nez chez les Mélanésiens, les Hindous, les Caraïbes ; celle des lèvres chez les peuplades du haut Niger et du Nil blanc ; enfin, le percement des oreilles, chez un grand nombre de peuples, et l'on

sait quel parti la coquetterie de nos Européennes, et en particulier de la Française, sait tirer de belles boucles ou de diamants suspendus aux oreilles.

Quelquefois, même en France, ce ne sont pas seulement les femmes, mais aussi les hommes qui se font ainsi percer les oreilles. Chez beaucoup de nos paysans, c'est un usage assez répandu et souvent employé dans un but thérapeutique.

Il ne me reste plus qu'à dire un mot touchant les autres déformations ethniques de la tête et des membres.

Un usage qui tend à disparaître avec les peuples qui le pratiquent, c'est la compression de la tête des nouveaux-nés entre deux planchettes, pour donner aux crânes une forme allongée, pyramidale, ce qui, pour le dire en passant, a pu induire en erreur des anthropologistes novices en leur faisant croire à l'existence d'une dolicocéphalie qui n'était pas naturelle.

Chez les anciens Péruviens, chez les Caraïbes (1), et aujourd'hui encore parmi les tribus indiennes de l'Amérique, ou même dans certaines îles de la Polynésie, on retrouve aussi l'usage de la compression, mais en sens inverse, c'est-à dire du front à l'occiput.

Les Orientaux qui portent le turban obtiennent, à l'aide de bandelettes, une dépression frontale qui aide cette coiffure à se tenir en équilibre.

Les Arabes, au contraire, bien que portant aussi le turban, pétrissent la tête du nouveau-né pour lui donner une forme globuleuse (Bertheraud), comme le font encore, dans quelques-unes de nos campagnes, certaines matrones ignorantes.

Le docteur Foville a retrouvé l'usage d'une compression circulaire en Normandie et il aurait existé longtemps aux environs de Toulouse.

Parmi les déformations plus spéciales au sexe féminin, on cite le tiraillement des nymphes dont la longueur, dans certains pays, est considérée comme un signe de beauté.

Nous avons vu que certaines négresses du centre et du sud de

(1) M. S. J. de Armas (de la Havane) prétend que la déformation du crâne des anciens Caraïbes est une déformation naturelle (*Soc. d'Anth.* de la Havane, 1er novembre 1885).

l'Afrique, chez lesquelles cette longueur est une distinction ethnique, les faisaient exciser. A Madagascar, au contraire, on les allonge, et la reine de cette île a des suivantes à son service, qui sont constamment chargées, lorsque Sa Majesté est au repos, d'exercer des tiraillements sur ses nymphes dont la longueur, déjà très respectable à l'état naturel, devient si considérable qu'elle forme un des joyaux de sa couronne dont la reine se montre très fière.

Enfin, notons, en terminant, la déformation des pieds chez les Chinoises de la classe riche, sur laquelle le docteur Fusier a donné des renseignements précieux dans : *Mém. de méd. et de chir. militaires*, 3ᵉ sect, VII, 1862. D'après cet auteur, la déformation est obtenue par la compression dans le jeune âge, et elle a pour résultat l'atrophie des muscles de la jambe et le déplacement des os du tarse.

Cette beauté, toute de convention, en condamnant la Chinoise à l'immobilité, développe chez elle le tissu adipeux ; mais bien qu'elle pèse, en moyenne, 10 kilogrammes de plus que la Tonkinoise ou l'Annamite, le pourtour de son mollet ne dépasse guère 26 centimètres, tandis qu'il en atteint 30 et davantage chez les peuples voisins. Sa force musculaire, mesurée au dynamomètre, ne dépasse pas 12 à 13 kilogrammes de traction, tandis que la Tonkinoise et l'Annamite atteignent 25 et 26 kilogrammes.

En un mot, la déformation des pieds, chez la Chinoise enfant, fait sentir son influence sur son système musculaire pendant toute sa vie.

Quant à l'infanticide, ce crime, relativement rare dans nos sociétés civilisées, est encore fréquent dans les pays sauvages.

Là, en effet, la famille est à peine constituée, la sensibilité des femmes est loin d'être ce que nous la voyons en Europe ; et, comme le dit le docteur Letourneau, l'infanticide est moins périlleux pour la mère que l'avortement. Il a même, chez certaines peuplades de l'Australie, une utilité réelle et immédiate, puisque l'enfant sert d'aliment à ses parents.

Quelquefois l'infanticide est le résultat d'une coutume qui a force de loi ; c'est ainsi que sur la côte occidentale d'Afrique,

lorsqu'une femme accouche de deux jumeaux, les fortes têtes du pays insinuent que cette femme a dû avoir un commerce avec les esprits, et l'un des jumeaux est mis à mort. Les Moxos, de l'Amérique, qui cependant tuent leurs femmes quand elles avortent, se débarrassent aussi de leurs jumeaux.

D'autres fois, l'infanticide a son origine dans un sentiment plus élevé ; c'est ainsi que les négresses esclaves préfèrent tuer leur enfant que de s'en voir séparées par un maître cruel et avare qui veut en tirer parti. C'est encore ainsi que, chez les anciens Cimbres, lorsqu'ils étaient vaincus, les mères tuaient leurs enfants pour ne pas les voir tomber aux mains des vainqueurs.

Un sentiment d'un autre ordre se trouve parfois chez nos filles-mères traînées devant une cour d'assises. Outre la honte de la maternité pour elles, qui n'a point d'excuse après la faute, il y a quelquefois la haine qu'inspire le séducteur qui n'a pas craint d'abandonner sa victime. Cette malheureuse, affolée, se venge sur son enfant innocent de la conduite du père.

Chez certains peuples d'Afrique, le sentiment de la famille fait totalement défaut. Si on a vu des pères vendre leurs enfants, on a vu aussi dans le même pays, des enfants s'emparer de leur père devenu vieux et le vendre au plus prochain comptoir pour quelques pièces de monnaie, des verroteries ou de l'*eau de feu*.

C'est dans ces contrées que M. Layland dit avoir vu des indigènes qui amorçaient leurs pièges à lions avec leurs propres enfants.

Nul n'ignore que les missionnaires catholiques ont accusé les Chinois d'abandonner leurs enfants sur des tas d'ordures, de fumier, à la porte des villes, où ils devenaient la nourriture des pourceaux.

C'est là, d'après le docteur Corre, une exagération toute gratuite, faite pour apitoyer les cœurs tendres en faveur de l'*Œuvre des petits Chinois*, et augmenter ainsi les ressources d'une Société de bienfaisance dont je suis loin toutefois de nier l'utilité. Je blâme seulement les moyens employés par les missionnaires qui ne tendent à rien moins qu'à calomnier toute une grande population.

En Chine, il existe dans plusieurs villes des hospices d'enfants

trouvés, c'est la meilleure réponse à faire aux calomniateurs, et l'article 319 du Code pénal chinois punit les parents qui châtient trop leurs enfants. Il ne saurait donc leur reconnaître le droit de vie et de mort sur ces mêmes enfants.

Il n'a, par suite, pu y avoir en Chine, que des infanticides isolés comme il y en a malheureusement trop dans tous les pays où existe cette lutte perpétuelle de la vie contre la misère, la faim et la mort.

Dans notre Europe, où les mêmes causes engendrent des effets différents, l'avortement est plus fréquent que l'infanticide, car le corps du délit est plus facile à cacher dans le premier que dans le second cas ; pour ce dernier, d'ailleurs, les lois sont beaucoup plus sévères, ce qui n'empêche pas qu'on rencontre encore des infanticides par négligence, sévices ou abandon volontaire...

Je ne puis passer sous silence une forme d'infanticide consacrée par les religions. Un jeune enfant a souvent été l'innocente victime offerte aux dieux sanguinaires des premiers peuples, et Élisé Reclus nous dit, que, dans presque toutes les religions, chez les Égyptiens, les Hindous, les Carthaginois et jusque chez les Juifs, cette forme d'infanticide a été rencontrée. Le sacrifice d'Abraham en est une preuve qui a été transmise jusqu'à nous. Un procès récent a démontré que cette monstrueuse action existait encore chez les adeptes du culte du Vandou, à Saint-Domingue.

Au fur et à mesure que s'adoucirent les mœurs, non seulement disparurent les infanticides religieux, mais les traces des anciennes barbaries tendirent également à s'effacer pour faire place à la civilisation.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE ANGLAISE

Par Jules Batuaud.

—

Le numéro de février 1886 du *British gynæcological Journal*, organe de la Société gynécologique britannique, renferme des

travaux importants. L'étendue de ce journal m'oblige à ne donner qu'une analyse de trois des mémoires les plus intéressants ; j'essaierai d'en faire un compte rendu fidèle, sinon aussi complet que je l'eusse désiré.

A. Déchirure du col de l'utérus par RICHARD E. SMITH (de Londres).

L'auteur a pratiqué cinquante fois depuis cinq ans l'opération d'Emmet, il a examiné avec le plus grand soin tous les cas de déchirure du col qu'il a pu rencontrer ; c'est un résumé de ses recherches qu'il vient présenter à la Société.

La déchirure du col ne doit pas être considérée comme un fait en quelque sorte physiologique et comme la conséquence nécessaire de l'accouchement. Les médecins légistes savent, du reste, parfaitement que des femmes ont pu avoir des enfants et cependant présenter un orifice cervical très étroit, d'une forme aussi parfaite que chez les vierges.

Cette lésion est la cause essentielle de désordres utérins chroniques, d'inflammation péri-utérine et de troubles nerveux aussi nombreux qu'importants. En effet, elle joue un rôle considérable dans la production de la subinvolution, des hypertrophies du col, de l'inflammation chronique avec exsudation.

1° *Subinvolution.* — Au lieu de revenir en six semaines à la longueur et à la largeur normale, l'utérus reste des mois et des années avec une longueur excessive ; le canal est entr'ouvert souvent assez pour permettre l'introduction du doigt ; la cavité du corps est également distendue et les parois ne sont pas en contact. Les lèvres du col sont lobulées et les lobes sont séparés par des cicatrices ; le col lui-même est de consistance molle et il y a des chutes de l'épithélium parfois très étendues.

Ces symptômes résulteraient d'après les uns de fièvres accidentelles, de pertes utérines pendant le travail, d'inflammations périutérines, de déplacements, d'arrêt de l'allaitement, etc. Pour Emmet, il existe très rarement de subinvolution — s'il en existe — qui ne soient pas due à la déchirure du col. Smith en a traité un grand nombre : beaucoup ont guéri par les applications intra

utérines, l'usage de la quinine et de la strychnine, mais les cas rebelles ou anciens n'ont été améliorés que par la cure de la lésion du col.

Barnes dit que c'est une combinaison de gangrène et d'ulcération, et Druitt qu'il s'agit d'inflammation avec exsudation et par suite hypertrophie du col. Emmet, au contraire, affirme que c'est essentiellement une blessure, une déchirure : au début, celle-ci essaie de guérir par granulation ; plus tard elle s'est guérie d'une façon malheureuse, les surfaces opposées s'étant couvertes de tissu cicatriciel. Les déchirures antéro-postérieures guérissent parfaitement. Il n'en est pas de même des déchirures latérales et surtout bi-latérales, s'étendant au travers de tout le col. Une nouvelle condition survient alors qui empêche la réparation. Par son poids exagéré l'utérus tend à descendre, les bords de la déchirure frottent contre la paroi vaginale qui les tient écartés ; les papilles de la muqueuse cervicale sont irritées, hypertrophiées, elles constituent une érosion, et bientôt l'utérus tout entier est le siège d'une hyperhémie active. Sans doute, par l'usage d'un pessaire, de l'eau chaude, de l'iode, et de moyens généraux, l'érosion peut guérir temporairement, mais dès que l'on cesse le traitement, tous les symptômes reparaissent par suite de l'attrition mécanique des surfaces déchirées, parce qu'elles sont baignées des sécrétions utérines, et cela arrivera surtout s'il y a de la rétroflexion, accident qu'on observe dans 80 0/0 des cas. Au contraire, en détruisant les cicatrices et en guérissant l'érosion, on calme en même temps l'irritation réflexe de l'utérus, la fluxion utérine et celle des annexes.

2° *Hypertrophie de l'utérus.* — (Smith ne parle pas ici des hypertrophies congénitales). Certains auteurs pensent que ces hypertrophies partielles du col tiennent à la persistance de l'hyperhémie et l'inflammation subaiguë qui suit le travail.

C'est cependant en réalité une hypertrophie secondaire : elle peut prendre des mois ou des années pour se développer. Un peu de cervicite et d'endométrite coexiste presque toujours, la dysménorrhée existe parfois, la ménorrhagie est très fréquente. Il y a prolapsus de tout l'organe et généralement rétroversion. Le plus souvent on remarque l'éversion des lèvres du col, éversion assez

marquée pour laisser voir les plis de l'arbre de vie ; un pareil renversement des lèvres n'est possible que s'il y a déchirure ; l'hypertrophie n'est que la conséquence de cette dernière.

Barnes admet que le premier facteur est la subinvolution et il donne l'ordre suivant : arrêt d'involution, hyperhémie, endométrite, exsudation fibrineuse interstitielle affectant le col. Les parties externes sont en parties fixées par la vessie et le fond du vagin, les parties internes au contraire, molles, gorgées de sang, font issue hors du canal cervical. Smith ajoute simplement que la déchirure du col explique pourquoi l'involution du col est plus troublée que celle du fond de l'utérus.

Cette déchirure détermine un processus inflammatoire subaigu et par suite l'hypertrophie.

Il n'est pas besoin d'expliquer comment se produit l'éversion, comment l'utérus congestionné est plus lourd et descend ; comment il irrite alors la vulve, provoquant des efforts d'expulsion, comment enfin un prolapsus complet s'en suit.

3° Les *complications* des déchirures du col sont des métrorrhagies qui peuvent entraîner une anémie grave et des phénomènes douloureux : des maux de tête, des battements dans la tête, du prurit vulvaire, des douleurs ovariennes, des douleurs oculaires souvent très pénibles, enfin tout particulièrement des douleurs à la hanche. Il y a souvent des congestions des annexes.

Quant au traitement, l'auteur montre que si, dans les cas où la muqueuse est relativement plane et uniforme, l'iode et les caustiques peuvent suffire, il n'en est plus ainsi de ceux où il existe un tissu cicatriciel, doux et serré, absolument privé de sang. Alors l'opération d'Emmet peut seule guérir la déchirure, et la guérison de celle-ci est bientôt suivie de la disparition des autres lésions.

Enfin, sans admettre que la déchirure du col soit la seule cause du *cancer*, Smith a été étonné du nombre du cas où il l'a vu se développer sur les lèvres éversées, et, à l'exemple du Dr Goodel (de Philadelphie), il opère tous les cas où il trouve les antécédents héréditaires de lésions cancéreuses.

Dans la discussion qui suivit cette communication, *Barnes* fait remarquer que, comparativement aux cas nécessitant l'opération d'Emmet à cause de l'extension de la déchirure jusque dans les culs-de-sac vaginaux, les cas où il suffit de traiter l'hypertrophie et l'altération des lèvres du col par le *thermo-cautère Paquelin*, sont beaucoup plus nombreux. Il a vu plusieurs Américaines à qui l'on avait conseillé l'opération d'Emmet, guérir parfaitement par ce moyen.

Bantock rappelle que Goodell et Emmet lui-même reconnaissaient avoir abusé de l'hystéro trachélorrhaphie et il insiste sur la nécessité de ne pas multiplier outre mesure les indications de cette opération, si l'on veut qu'elle ne tombe pas en discrédit. Il combat avec Emmet l'idée émise par Goodell et Smith, qu'il y ait une relation quelconque entre les déchirures du col et le cancer.

Aveling a obtenu des succès constants dans le traitement des ectropions ulcérés par la destruction au moyen du thermo-cautère. Il se sert du cautère Paquelin, et emploie un gros spéculum de bois dont l'introduction est la partie la plus pénible de l'opération pour la malade. Quelques troubles vésicaux sont les seuls accidents qu'il ait observés. Il estime que l'ignipuncture peut remplacer l'opération d'Emmet dans le plus grand nombre des cas.

Routh s'associe aux conclusions de Barnes et Aveling à propos des avantages du cautère actuel, si excellent dans presque tous les ulcères, et qu'il a vu produire de si bons résultats entre les mains de Jobert de Lamballe, à Paris.

B. **De l'exploration de la cavité utérine dans les cas de métrorrhagies**, par ARTHUR W. EDIS (de Londres).

Le sujet des hémorrhagies utérines persistantes, dénommées habituellement métrorrhagies est à la fois un des plus intéressants et un de ceux qui embarrassent le plus les praticiens. Les causes qui les produisent sont si nombreuses, les difficultés sont si grandes parfois de formuler un diagnostic correct, les conséquences sont si sérieuses, non seulement pour la malade, mais encore pour le médecin que tout essai de classification des causes,

de simplification du diagnostic et d'éclaircissement du traitement ne peut manquer de trouver intérêt auprès de tous ceux qui sont engagés dans la pratique de notre profession.

Il y a malheureusement une tendance à traiter la métrorrhagie comme si c'était une maladie spéciale au lieu de la considérer simplement comme un symptôme de lésions diverses.

Faire un bon diagnostic est donc le premier et le plus important élément de succès dans le traitement. Le diagnostic par exclusion peut rendre ici des services. D'une façon générale, il faut rechercher une *cause locale* si l'hémorrhagie est grave ; cependant, indépendamment des lésions locales, il faut toujours considérer l'influence possible des *désordres cardiaques*, *hépatiques* ou *rénaux*. L'usage intempestif de *l'alcool*, surtout à l'époque de la ménopause, peut les aggraver. Sauf exceptions, moins une malade souffrant de métrorrhagies prend d'alcool, mieux cela vaut ; il faut donc avoir ceci présent à l'esprit et toujours le rappeler aux malades.

Pour faire un diagnostic raisonné, il est de la plus grande importance de demander l'histoire du cas en question. Depuis combien de temps l'hémorrhagie existe-t-elle ? Est-elle venue graduellement ou brusquement ? S'accompagne-t-elle de douleur ? Y a-t-il suppression de toute régularité dans les époques menstruelles ? Y a-t-il quelque trouble de la santé générale ? entre chaque hémorrhagie la malade a-t-elle des pertes muqueuses ?

Avant de faire un examen local, examinez avec soin le cœur, les poumons, le foie ; voyez s'il y a dans l'urine la preuve de quelque altération rénale ; regardez la langue pour savoir si on abuse de l'alcool ; demandez quelles sont les habitudes de la malade... tous ces renseignements peuvent éclairer singulièrement les cas particuliers.

Avant d'explorer la cavité utérine, un examen soigneux des organes pelviens aura été pratiqué. La dilatation du col peut en effet être contre-indiquée s'il y a des probabilités d'hématocèle, de pyo-salpingite, de grossesse extra-utérine, de grossesse avec granulations du col ou des lésions analogues.

Par exclusion, vous êtes ainsi arrivé à la probabilite de quel-

que complication intra-utérine. Dans ce cas, vous n'avez pas le droit de laisser saigner indéfiniment la malade sans lui porter secours et il faut dilater le col. Après avoir essayé la dilatation graduelle avec la laminaire, la tente de tupelo, l'éponge, les dilatateurs de Hégar, Tait, Aveling, Edis préfère la division du col avec l'hystérotome ou les ciseaux, soit seule, soit associée aux moyens précédents.

Dans le cas d'hémorrhagie due à la rétention du placenta après l'avortement, le col est d'habitude assez entr'ouvert ou assez dilatable par les doigts ou un des procédés quelconques de dilatation rapide. Si le cas était trop ancien, on pourrait se servir de tentes de laminaire, mais ici il ne faut pas employer la division du col qui est réservée aux petits fibromes ou aux polypes fibreux contenus dans la cavité de l'utérus.

Après ces remarques préliminaires, Edis donne cinq observations (2 de tumeur fibreuse sous-muqueuse — dilatation, énucléation par arrachement et torsion combinée ; — 1 de môle charnu ; — 1 de polype fibreux ; — 1 de polype placentaire). Dans les cinq cas les malades étaient en traitement depuis longtemps et les moyens médicaux étaient inefficaces ; l'ablation de la tumeur amena une guérison rapide dans tous les cas.

Après avoir passé en revue les traitements médicaux, rappelé que la dilatation ou la division seule suffit dans quelques cas pour faire cesser l'hémorrhagie, si ces moyens aidés des insufflations intra-utérines d'iodoforme, de perchlorure de fer, ne réussissent pas, il faut agir sans retard au moyen de l'énucléation, l'ablation des ovaires, l'hystérectomie, suivant les cas, et en choisissant toujours l'opération la moins dangereuse pour la malade.

Barnes rappelle qu'il a établi comme règle absolue la loi suivante : « Dans tous les cas d'hémorrhagie venant du corps de l'utérus, obtenez et maintenez une béance suffisante du canal cervical. » Il croit que le procédé d'Edis est très utile à généraliser : en faisant les diagnostics des tumeurs intra-utérines de très bonne heure il sera facile de les enlever sans produire ces grands délabrements auxquels on est forcé de recourir actuelle-

ment. Il a souvent observé que la dilatation simple arrête les hémorrhagies. La curette peut être utile dans certains cas, mais il faut s'en servir avec prudence.

Routh rappelle que, d'après Mac Kenzie, 75 % des ménorrhagies sont dues à des congestions et des hypertrophies du foie. Dans le cas d'ulcération de la muqueuse, il croit que l'on peut enlever les surfaces malades à la curette, en prenant la précaution, qu'on ne devrait jamais négliger, de faire une application d'iode après le curettage. Enfin, il insiste sur la nécessité de ne se servir de l'hystérotome qu'en usant de tous les moyens antiseptiques, car il y a peu de gynécologistes qui n'aient eu, à la suite de son emploi, des accidents plus ou moins graves, la mort même dans certains cas malheureux.

Lawson Tait raconte avoir eu des cas de mort après la dilatation au moyen des tentes éponges, aussi les a-t-il depuis longtemps abandonnées. Les injections hypodermiques de morphine favorisent beaucoup la dilatation et les instruments en ébonite, en gomme durcie n'absorbant aucun liquide septique sont préférables, quelle que soit la méthode employée.

C. **Du traitement du prolapsus des ovaires par l'oophorraphie**, par Francis Imlach (de Liverpool). L'auteur parle des prolapsus douloureux des ovaires dans l'espace de Douglas, parfois accolés l'un à l'autre dans ce cul-de-sac, tandis que l'utérus rétrofléchi adhère au sacrum. Ces cas se présentent à la suite d'inflammation péri-utérine ancienne. Il rappelle ce fait, si curieux, des douleurs intolérables que causent ces prolapsus avec tiraillement des ovaires par les adhérences et l'absence remarquable de phénomènes douloureux dans les ovarites chroniques non accompagnées de distension et de torsion des trompes de Fallope. Si dans les cas d'ovarite et de pyosalpingite, l'ablation des annexes est seule susceptible d'amener la guérison, il n'en est plus de même des prolapsus sans altération des organes. C'est pour ces derniers seulement qu'il propose une opération nouvelle : *l'oophorraphie* ou *suspension des ovaires* ; le but qu'il s'est proposé est de supprimer les douleurs si pénibles et rebelles à tout traite-

ment antérieur sans se résoudre à la castration chez des femmes jeunes, pouvant encore avoir des enfants. Pour cela il fait une incision abdominale médiane, suffisante pour introduire deux doigts et aller à la recherche des ovaires prolabés. Si ceux-ci étaient très altérés et les trompes remplies de pus, il faudrait évidemment se résoudre à l'opération de Tait; mais, le plus souvent, on constatera qu'ils sont simplement prolabés, adhérents dans le cul-de-sac de Douglas, et que les trompes sont saines : la principale cause réside dans le relachement du ligament infundibulo-pelvien. Ayant détaché les adhérences, on amène un des ovaires à l'orifice de l'incision abdominale, on suture le hile de l'ovaire au moyen du catgut au repli postérieur du ligament infundibulo-pelvien, en faisant d'abord un simple nœud qui est ensuite serré et consolidé par une nouvelle suture une fois l'ovaire replacé dans sa position normale. La même manœuvre est répétée sur l'ovaire du côté opposé. On fera naturellement en sorte de ne comprendre dans la suture aucune partie de l'intestin. Combien de temps les fils à suture mettent-ils à se résorber? l'auteur ne peut répondre à cette question ; mais ce qu'il y a de certain, c'est que, longtemps après l'opération, il a trouvé les ovaires parfaitement fixés dans leur nouvelle position. Les résultats ont été très heureux au point de vue de la disparition des douleurs, les rétroflexions concomitantes ont diminué, les antéflexions ou antéversions n'ont pas été améliorées, mais sont devenues désormais facilement tolérables pour les malades. Il s'agit d'une tentative de *chirurgie conservatrice*, et à ce titre, elle méritait d'être publiée.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 *avril* 1886.

ANTISEPSIE ET PUERPÉRALITÉ.

M. *Herrgott* (de Nancy) soutient que si les bons résultats des pratiques antiseptiques dans les services de chirurgie et d'ac-

couchement ne peuvent être révoqués en doute, il n'en est pas moins vrai que ces mêmes pratiques restent impuissantes, dans certains cas, à préserver des femmes en couches de l'infection puerpérale. M. Herrgott cite deux faits observés par lui : le premier a trait à une femme enceinte entrée dans son service de la maternité de Nancy, fatiguée, préoccupée et déprimée moralement ; en dépit des précautions antiseptiques les plus rigoureuses, cette femme mourait trois jours après de fièvre puerpérale ; une seconde femme dont l'accouchement fut très laborieux, placée dans le même milieu, échappa à l'infection. Pourquoi ? A cette question, M. Herrgott répond que les doctrines microbiennes, justes pour bien des cas, ne sont pas capables de les expliquer tous. Trop absolues, trop généralisées, elles conduisent les observateurs à négliger un élément essentiel des maladies, le malade.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

LAPARATOMIE SOUS-PÉRITONÉALE

Séance du 14 *avril* 1886.

M. Pozzi fait remarquer que, dans cette opération, la méthode que l'on suit pour la ligature de l'artère iliaque externe est sûre et peu dangereuse, et il cite cinq observations à l'appui.

On agrandit l'incision et on décolle plus profondément le péritoine pour pouvoir pénétrer sur les côtés de l'utérus, à la base des ligaments larges, immédiatement au-dessus du cul-de-sac vaginal, dans l'espace pelvi-rectal supérieur.

TUMEUR CONGÉNITALE DE LA RÉGION SACRO-COCCYGIENNE.

M. Kirmisson rapporte l'observation d'une femme de 59 ans, entrée le 21 à l'hôpital, portant une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme.

Elle avait cette tumeur depuis l'enfance ; accroissement lent jusqu'à la ménopause, puis accroissement plus rapide et marche très rapide depuis trois semaines ; la tumeur s'était ouverte et il était sorti, au dire de la malade, un liquide eau de roche.

Tumeur très évidemment fluctuante ; pas de troubles moteurs ni sensitifs.

Vers la profondeur, il restait des parties plus dures. Ponction avec une seringue de Pravaz. Liquide absolument transparent.

Rupture spontanée ; mais, quelques jours après, la tumeur se remplit de nouveau.

Extirpation. Deux incisions elliptiques. Dissection. On trouve à la base du coccyx un pédicule qui relie la tumeur à l'intérieur du canal rachidien.

C'était en réalité une méningocèle.

Suites des plus simples. Réunion rapide.

La tumeur était comblée par une vaste poche épaissie et lardacée par places. Paroi interne lisse.

Le pédicule était creux.

L'examen histologique montre que la poche était constituée par du tissu fibro-élastique; l'épithélium avait disparu, détruit probablement par l'inflammation dont la poche avait été le siège.

Les méningocèles de la région coccygienne sont rares. Cependant, l'auteur croit qu'ici, c'est le seul diagnostic qu'on puisse faire.

M. Monod trouve cette observation très intéressante au point de vue anatomo-pathologique. Il ne croit pas qu'il s'agisse d'une méningocèle. Il y aurait lieu de croire à un kyste dermoïde ou plutôt à un kyste congénital de la région sacro-coccygienne. On pourrait expliquer cette tumeur par la théorie de l'origine congénitale de Cohnheim.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 24 avril 1886. — Présidence de M. Guyot.

HYPERTHERMIE HYSTÉRIQUE.

M. Debove communique l'observation d'une jeune fille hystérique, appartenant à une classe assez élevée de la société, n'ayant par conséquent aucun avantage à simuler son état. Cette malade présentait tous les huit ou dix jours des accès de fièvre dans lesquels la température axillaire s'élevait jusqu'à 39°, 39°5. En s'entourant de toutes les garanties possibles, M. Debove a obser-

vé chez sa malade une hyperthermie de 40° pendant tout le mois de décembre, de 41° et 41°3 dans tout le mois de janvier. Cette fièvre était continue, sans exacerbation vespérale ; elle a disparu brusquement et n'est accompagnée d'aucune altération viscérale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 13 *février* 1886. — *Présidence de* M. GREHANT.

MALFORMATION DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

M. SÉCHERON présente des pièces anatomiques provenant d'une malade morte à l'Hôtel-Dieu. On avait constaté, chez cette femme, pendant la vie, une cloison sur la partie inférieure du vagin. À l'autopsie, on a trouvé un utérus complètement double ; il y avait une communication entre les deux cavités utérines. La cloison intermédiaire s'étendait jusque dans le vagin. La vessie n'avait qu'un seul orifice interne correspondant à un seul uretère du côté gauche. Il n'y avait qu'un seul rein gauche très hypertrophié ; il n'y avait pas de rein du côté droit. Entre l'utérus et le rectum se trouvait une masse cancéreuse. Les ovaires étaient normaux.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS.

Séance du 16 *avril* 1886. — *Présidence de M*. CORNIL.

LES ACCIDENTS URÉMIQUES ET LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS.

M. LETULLE a fait un mémoire sur les accidents urémiques terminant le cancer du col utérin et il y étudie le cœur dans le cancer utérin en se basant sur 75 observations.

Il arrive aux conclusions suivantes :

1° L'hypertrophie cardiaque secondaire aux lésions rénales causées par le cancer utérin est aujourd'hui encore une question digne d'étude, car malgré les nombreux faits publiés, la démonstration de son existence n'est pas absolue.

2° La fréquence de l'atrophie du cœur dans le cancer utérin envahissant les uretères est aussi grande que l'hypertrophie pure y est rare.

3° Les partisans de la théorie rénale de l'hypertrophie cardiaque ont fait fausse route en invoquant comme argument décisif les cardiopathies consécutives, dans le cancer utérin, aux lésions uréterales et rénales secondaires.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE.

Séance du 26 février.

DU PSEUDO-HERMAPHRODISME.

M. Schopf présente à la Société un petit enfant âgé de 7 ans, chez lequel on peut constater, dans les régions inguinales, deux tumeurs constituées par des corps ronds, de la grosseur d'une noisette, qui peuvent être déplacées facilement jusque dans les grandes lèvres. De ces petites tumeurs partent deux cordons qui vont se perdre dans la région inguinale.

A l'examen des organes génitaux, on constate qu'il existe un clitoris, un orifice uréthral; mais on ne trouve ni vagin, ni utérus. D'après M. Schopf, ces tumeurs seraient constituées par les testicules et non par les ovaires, et en somme on a affaire, dans ce cas, à une hernie scrotale avec pénis rudimentaire, par conséquent à un pseudo-hermaphrodisme mâle externe.

SOCIÉTÉ MÉDICO CHIRURGICALE DE LIÈGE.

Séance du 7 janvier 1886. — Présidence de M. Petithan.

TRAITEMENT DU CARCINOME UTÉRIN PAR LE RACLAGE

M. F. Fraipont cite une communication sur le *traitement palliatif du carcinome uterin par le raclage.* Cette opération, fort à la mode en Allemagne, en Angleterre, en Amérique et même en France, combat très efficacement les hémorrhagies, dénonce l'écoulement leucorrhéique, lui enlève sa fétidité, grâce à l'iodoforme employé dans le traitement consécutif, calme jusqu'à un certain point les douleurs et permet aux patientes de reprendre des forces. Des observations prises dans la clinique du professeur von Winiwarter et dans la pratique de l'auteur accompagnent cette communication.

REVUE DE LA PRESSE

OPÉRATION DE PORRO ET OPÉRATION CÉSARIENNE.

Lorsqu'une femme arrivée au terme de sa grossesse présente un bassin rétréci de façon à ne permettre aucune intervention par la voie vaginale, deux opérations peuvent être tentées.

L'opération de Porro, qui consiste à ouvrir le ventre, ouvrir l'utérus et extraire le fœtus, puis à réséquer l'organe gestateur et ses annexes, à faire, en somme, une hystérectomie obstétricale devant préserver la mère de nouvelles grossesses qui l'exposeraient à de nouveaux dangers.

L'opération césarienne qui consiste à ouvrir le ventre, puis l'utérus; mais on laisse cet organe en place, après en avoir extrait le produit de la conception.

M. Lucas-Championnière a rapporté une observation d'opération de Porro faite par le Dr Délaissement, de St-Quentin, et voici les conclusions qu'il adopte relativement à cette opération et à l'opération césarienne :

« L'opération de Porro est indiquée surtout à la ville, à l'hôpital, ou au médecin qui peut pratiquer une bonne antisepsie et qui connait bien le manuel opératoire de l'hystérectomie.

L'opération césarienne, au contraire, est beaucoup plus facile pour ceux qui ne sont pas tout à fait au courant de la chirurgie abdominale. Elle peut se faire partout, à la campagne, presque sans aide, avec un outillage très simple. Elle peut toujours être utilement complétée par la suture des parois utérines. »

PRINCIPES DE L'ALIMENTATION DES ENFANTS,

Par M. le Docteur Achenne.

Un travail tout récent a nettement tranché la question de l'origine véritable du rachitisme en la rapportant uniquement à l'alimentation défectueuse.

Cette étiologie est enseignée unanimement par tous les maîtres, notamment par Jules Guérin et par M. le professeur Bouchard.

M. le docteur Comby résume son jugement dans cette question du

rachitisme, par la proposition suivante : « Quand on voit des familles nombreuses, comptant six, huit et dix enfants allaités diversement suivant les vicissitudes heureuses ou malheureuses auxquelles sont soumis les ouvriers, payer au rachitisme un tribut proportionné aux fautes hygiéniques commises, on ne peut se défendre de croire que toute l'étiologie du rachitisme est dans l'hygiène alimentaire. » M. le professeur Bouchard appuie cette opinion et la justifie par des considérations scientifiques empruntées à ses travaux sur la nutrition.

S'il en est ainsi, si des fautes de régime et d'alimentation sont les causes premières d'une des plus graves affections de l'enfance, il est d'une importance souveraine de rechercher les moyens de corriger l'alimentation grossière et prématurée donnée aux enfants.

La solution de ce problème peut se résumer dans les conditions suivantes : donner à l'enfant les aliments dans un état de division extrême, pour parer à l'absence des dents, et assez substantiels, sous un petit volume, pour ne pas obliger l'estomac à se distendre à l'excès.

Il faut encore que l'aliment dont on fait usage chaque jour contienne tous les principes qui sont nécessaires à la production de la chaleur animale et à la formation de tous les tissus, notamment de celui des os. Et tout cela ne suffit pas ; il faut encore et surtout que ces principes si divers s'y trouvent réunis dans le rapport que l'expérience et la physiologie enseignent être indispensables pour une nutrition normale.

C'est aux céréales qu'il faut évidemment demander un aliment quotidien ; la viande et les œufs ne doivent entrer dans le régime alimentaire des enfants qu'assez tard, avec précaution et graduellement.

Des céréales capables de fournir un aliment simple, une seule réalise, mais à la perfection, toutes les conditions énumérées ci-dessus ; c'est l'avoine cultivée. C'est pourquoi la farine d'avoine a été introduite dans l'alimentation des enfants en bas âge. Comme cette farine ne se rencontre pas dans le commerce ordinaire, n'étant pas l'objet d'une consommation industrielle, il a fallu que ce produit devînt l'objet d'une fabrication spéciale et pour ainsi dire pharmaceutique. Il faut savoir gré aux initiateurs qui, en la présentant au public médical sous le nom de farine Morton, se sont voués à la vulgarisation de cet aliment.

La farine d'avoine s'est trouvée mise ainsi à l'abri de sophistications trop fréquentes dans les denrées alimentaires d'usage courant.

Une analyse récente, faite à l'hôpital des Enfants-Malades par M. Brissonnet, a montré que la farine Morton réalisait les conditions d'un aliment modèle. Les substances protéiques et les matériaux hydro-carbonés y sont dans le rapport que l'expérience clinique et la physiologie exigent d'un aliment parfait.

Ainsi, la farine Morton se présente avec toutes les garanties de pureté, de fabrication consciencieuse, que nous avons le devoir d'exiger d'un produit à recommander pour l'alimentation des enfants en bas âge. Elle est, pour ainsi dire, une préparation officinale qui comporte pour nous, médecins, la sécurité d'un produit pharmaceutique.

C'est à ce titre qu'elle a été expérimentée à Paris dans les hôpitaux d'enfants, et hautement recommandée par M. le docteur Bouchut. C'est une arme sûre avec laquelle nous pouvons efficacement combattre cette affection humiliante pour l'espèce humaine et pour la médecine, le rachitisme.

On la prescrit utilement soit comme complément de l'allaitement, quand l'enfant atteint l'âge où le lait de la mère ou de la nourrice devient insuffisant, soit pour parer à cette insuffisance quand elle se manifeste de bonne heure, par le fait de la nourrice.

D'après M. Bouchut, on commencera par un potage par jour, puis deux potages, et l'on donnera au besoin du lait bouilli dans l'intervalle.

Pour préparer ces potages, on fait cuire la farine avec du lait, en ajoutant un peu de sel et suffisamment de sucre. Quand les enfants sont plus âgés, il sera bon d'y ajouter un jaune d'œuf. Par ces moyens, on sera assuré de procurer à l'enfant un riche aliment, très digestible, de peu de volume. On évitera avec certitude les gastro-entérites si fréquentes, prélude accoutumé du rachitisme et des autres affections si graves qui ont leur point de départ dans une alimentation défectueuse. Le sevrage sera facile et la transition de la nourriture spéciale à la nourriture commune s'opérera par une gradation toute naturelle. (*Gaz. des hôpitaux.*)

DE L'IRRIGATION CONTINUE INTRA-UTÉRINE.

M. Pinard, à la suite des derniers résultats publiés par Sneguiren, de Moscou, a essayé les irrigations intra-utérines, comme traitement de la septicémie puerpérale dans son service de Lariboisière.

16 cas ont été traités par l'auteur, ou plutôt 12, car dans les 4 premiers cas on ne se servit que d'irrigations vaginales. Sur ces 12 femmes traitées, il y a eu 4 décès, soit un tiers. Il ne s'agit ici que de cas de septicémie grave, impliquant par conséquent un pronostic des plus défavorables.

Voici le *modus faciendi* employé pour pratiquer ces irrigations intra-utérines :

Sur un lit ordinaire on place deux matelas repliés sur eux-mêmes, de telle sorte qu'au milieu se trouve un interstice libre par lequel le liquide peut s'échapper. Les matelas sont recouverts de tissu imperméable.

La femme est couchée de telle sorte que le nez correspond à l'intervalle compris entre les deux matelas.

M. Pinard emploie une sonde en métal à double courbure en forme d'S. Elle est maintenue en place, fixée aux cuisses par des ficelles.

A la sonde s'adapte un tube en caoutchouc établissant la communication avec un récipient quelconque, placé à une certaine hauteur, pour permettre la descente du liquide.

Le liquide employé est au commencement une solution de biiodure de mercure à un deux-millième, puis après quelques minutes une solution phéniquée à un centième. On continue jusqu'à ce que la température soit descendue à la normale, ou jusqu'au moment où les urines deviennent moins teintées par l'acide phénique.

LE DIABÈTE DANS SES RAPPORTS AVEC L'UTÉRUS.

Le Dr LECORCHÉ fait cette remarque que le diabète s'observe surtout chez la femme aux deux périodes extrêmes de la vie génitale, c'est-à-dire avant l'instauration menstruelle et après la ménopause.

Le diabète peut aussi se montrer pendant la vie menstruelle, et en pareil cas, il est d'habitude plus grave.

La femme diabétique est particulièrement exposée à l'eczéma vulvaire et à différents troubles nerveux, parmi lesquels il faut surtout noter la sciatique.

La métrite granuleuse, granulation et altération du col s'observent souvent chez elle, coïncidant ou non avec l'eczéma vulvaire.

La dysménorrhée et l'aménorrhée sont fréquentes chez les diabéti-

ques. Dans d'autres cas, la menstruation devient douloureuse. On peut aussi observer des métrorrhagies. Ces hémorrhagies ne dépendent pas de l'altération du sang, mais le plus souvent d'une lésion utérine, cause directe de la perte sanguine.

La stérilité est fréquente chez la femme diabétique, elle dépend aussi vraisemblablement des lésions utérines; il y a donc là une cause purement locale. Quand la conception a lieu, la grossesse suit ordinairement son cours normal, l'accouchement se fait bien, mais les enfants sont peu viables, les uns faibles, les autres hydrocéphales ; on ne trouve pas de sucre dans leur urine.

D'après les observations de l'auteur, au nombre de cinq, il n'y a pas eu d'accident pendant les suites de couches du côté de la mère, ce qui n'est pas d'accord avec les observations de Duncan, où sur quinze cas le diabète se termina onze fois par la mort.

La grossesse survenant pendant le diabète est donc une cause d'aggravation très importante.

La glycosurie passagère est un phénomène fréquemment observé dans l'état puerpéral, et particulièrement au moment de la montée de lait, quand il n'y a pas d'allaitement, mais cette glycosurie, en aucun cas, ne semble aboutir à un diabète vrai.

Dans les cas de diabète, l'accouchement, comme l'époque menstruelle, amène une diminution de la glycosurie, mais ce n'est là qu'un effet transitoire, l'aggravation ne tarde pas à se faire sentir.

ANTISEPSIE PUERPÉRALE INDIRECTE,

Par le Professeur CHIARRA.

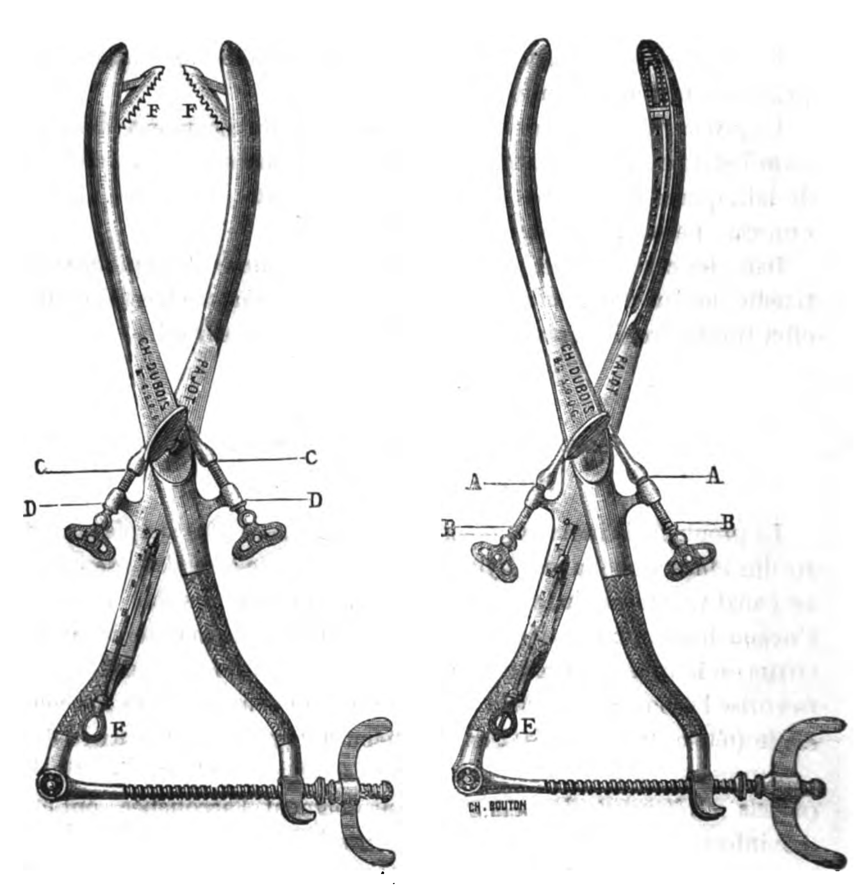
La prophylaxie indirecte préconisée par l'auteur, plus simple et non moins efficace que la prophylaxie directe, consiste à rendre aseptique le canal vagino-utérin, aussitôt après et autant que possible pendant l'accouchement ; cela fait, le meilleur moyen de le maintenir aseptique est la *non-intervention absolue* jusqu'à la fin des couches. On favorise l'écoulement lochial par une position convenable de l'accouchée (tête et tronc élevés) ; on s'abstiendra de placer sur la vulve des compresses, de la gaze ou autres choses semblables ; le lit, les divers objets et vêtements des personnes qui soignent l'accouchée ont été désinfectés préalablement par les vapeurs de soufre.

Pour rendre aseptique le canal utéro-vaginal, il faut : 1° que l'ac-

couchement se fasse dans un nuage phéniqué, à partir du début de la période d'expulsion ou dans le cas d'intervention ; 2° l'accouchement terminé, procéder à un lavage abondant et prolongé du canal génital avec la solution au millième de sublimé. A partir de ce moment, abstention absolue de tout examen.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Dans la séance du 11 mars dernier, de la Société de gynécologie et d'obstétrique de Paris, M. Pajot a présenté un céphalotribe qu'il a imaginé avec l'intention de supprimer ce défaut reconnu par la plu-



part des accoucheurs à l'ancien céphalotribe, de chasser la tête par en haut dès qu'on commence à opérer le broiement.

Le nouvel instrument, construit par M. Ch. Dubois, est pourvu de deux vis pleines de chaque côté de ses poignées.

Une fois appliqué, ces vis permettent, grâce à un mécanisme spécial, de faire saillir sur la face interne du mors, deux fortes valves qui ferment par en haut l'angle qu'ils forment. Cette disposition est destinée, non seulement à s'opposer à la fuite de la tête par la partie supérieure de l'angle, mais encore à permettre de commencer la pression par en haut. Les résultats des expériences faites sur le cadavre sont excellentes, mais la pratique seule fera voir ce qu'on peut réellement attendre de la modification apportée à l'ancien céphalotribe.

VARIÉTÉS

PRATIQUES SUPERSTITIEUSES RELATIVES A L'ACCOUCHEMENT.

Le D[r] Engelmann a publié un ouvrage intéressant sur la pratique des accouchements chez les peuples primitifs. On y trouve des détails curieux sur les mœurs obstétricales des différents peuples.

En Russie, en Amérique, dans l'Inde, on cause souvent une émotion brusque à la malade et l'on hâte ainsi d'une façon étonnante l'expulsion de l'enfant. C'est dans ce but que les Kalmouks procèdent de la façon suivante : plusieurs hommes se tiennent prêts, leurs fusils chargés, dans le voisinage de la patiente, dès que la sage-femme voit que la tête de l'enfant distend le périnée, elle fait un signe et les hommes font feu tous en même temps ; le bruit, d'après eux cause une frayeur soudaine qui est d'un excellent effet pour aider la nature. Les Comanches ont adopté un procédé à peu près analogue. La femme est apportée au milieu de la plaine et un guerrier illustre monte sur son coursier le plus rapide, revêtu de son attirail de guerre, pousse son cheval au grand galop directement sur elle ; il le détourne au dernier moment quand elle s'attendait à être foulée aux pieds du cheval. Cette terrible mise en scène a, paraît-il, déterminé souvent l'expulsion immédiate de l'enfant.

— Dans le Sud-Algérien et à Biskra, les matrones brûlent sous le nez de la femme en couche des poils pris à la région occipitale du lion et l'odeur de cette substance est tellement infecte que les nausées surviennent aussitôt avec une violence qui favorise la sortie du fœtus. Des marabouts profitent largement des vertus infaillibles de ce remède et parcourent les tribus avec de jeunes lions au moyen

desquels ils exploitent avantageusement pour eux la confiance et la crédulité publique. Dans ces tribus, on provoque le vomissement en présentant brusquement des matières fécales ou des substances en putréfaction. Si la femme reste longtemps dans les douleurs, on jettera du fumier de vache sur des charbons ardents, et elle exposera ses parties génitales au-dessus de ces vapeurs.

— D'après le même ouvrage, les Comanches ainsi que les naturels de Loango et d'autres contrées de l'Afrique s'arrangent de façon à se débarrasser mystérieusement du délivre. La plupart du temps, on l'enterre, comme cela se fait habituellement au Japon. Dans l'Annam, après avoir fait la toilette de l'accouchée et coupé toutes les parties des vêtements et des nattes qui ont été souillées de sang, la sage-femme enveloppe dans ces dernières le placenta et les caillots expulsés en même temps. Elle met ce paquet de côté près du fourneau qui se trouve sous le lit de la mère, en le recouvrant d'un peu de sable pour qu'on ne l'aperçoive pas. Puis, une fois la nuit venue, elle ira furtivement enterrer ce paquet dans un endroit qu'elle seule devra connaître, sinon la mère sera exposée aux plus graves accidents.

Mais rien n'approche de ce qui se passe chez les naturels du Brésil : ceux-ci, en effet, quand ils peuvent se réunir en secret, mangent avec délices le gâteau placentaire qui vient d'être expulsé. S'ils s'aperçoivent qu'on les observe, ils se contentent alors de l'enterrer ou de le brûler. Chez les Jakutes, en Sibérie, quand une femme est délivrée, le père s'empare du placenta, le fait cuire et s'en régale avec ses amis.

BIBLIOTHÈQUE

— ETUDE SUR LES EAUX DE LUCHON, par le Dr F. LAVERGNE. — Paris, 1886. — Imprimerie LEVÉ.

— De la syphilis cérébrale indirecte, par le Dr F. LAVERGNE. — Paris 1886. A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, éditeurs.

— MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME, par le prof. CARL SCHROEDER, de Berlin, ouvrage traduit de l'allemand sur la sixième édition par E. LAUWERS, docteur à Courtrai, et E. HERTOGHE, docteur à Anvers, précédé d'une préface par le professeur E. HUBERT. — 189 fig. dans le texte.

Bruxelles, 1886, A. MANCEAUX, libraire-éditeur. — (*Sera analyé.*)

— St-HONORÉ-LES-BAINS (NIÈVRE), par le Dr Henry COLLIN fils — Paris, 1886. Imp. H. JOUVE, 23, rue Racine.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

91. — Lavement résolutif dans l'adénite péri-utérine. — Le professeur Courty, de Montpellier, a préconisé, parmi les nombreux moyens de traitement de l'adénite des ganglions péri-utérins, l'emploi d'un lavement résolutif dont voici la formule :

Cérat de Galien....................	15 grammes
Onguent napolitain	15 grammes
Laudanum de S..........................	10 gouttes
Extrait de belladone..................	1 à 5 centigr.

A l'aide d'une seringue à large canule, on pousse cette pommade dans le rectum, en arrière de l'utérus. La malade doit éviter d'aller à la garde-robe avant le surlendemain de l'administration de ce lavement.

On peut en donner deux par semaine.



92.—Le permanganate de potasse dans l'aménorrhée. — Il y a quelques années, le Dr Sydney-Ringer avait attiré l'attention sur les effets du permanganate de potasse sur les fonctions utérines, principalement comme emménagogue.

M. Maury Deas, qui a repris l'étude de cette intéressante question et qui a été à même de voir plusieurs exemples de l'emploi de ce médicament, arrive aux conclusions suivantes :

1° Le permanganate de potasse est un emménagogue sûr et qui ne présente aucun des inconvénients des médicaments de cette sorte.

2° On peut le continuer pendant plusieurs mois sans danger ; il ne faut pas désespérer du succès, même après une longue période d'attente.

3° S'il ne réussit pas comme emménagogue, il agit avec avantage comme tonique nerveux général.



93. — Traitement médical des tumeurs fibreuses (fibro-myômes) de l'utérus. (J. Chéron.) — L'emploi de l'électricité, sous la forme d'intermittences rythmées du courant continu donne de remarquables résultats dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, mais n'est pas toujours possible pour tous les médecins.

Il faut donc, dans un grand nombre de circonstances, avoir recours à des moyens utiles qui soient à la portée de tout le monde. Les douleurs ou les malaises que la malade éprouve du côté de l'abdomen sont bien calmés avec la pommade suivante qui, en outre de l'action sédative qu'elle exerce, tend à réduire l'engorgement périphérique, ce qui s'accuse par une notable diminution de volume.

Extrait de digitale..........................	4 gr.
Savon mou de potasse........................	20 —
Axonge....................................	40 —

Onctions douces, matin et soir, sur la paroi abdominale, avec gros comme une noisette de cette préparation.

Comme médication interne, l'auteur conseille la solution suivante, dont l'action est toute résolutive sur les tissus jeunes de nouvelle formation et reconstituante. On la prescrit à la dose d'une cuillerée à bouche avant chaque repas.

Bichlorure d'hydrargyre................	0.30 centigr.
Eau distillée..........................	300 gr.



94. — Prurit de la vulve. — Pour remédier à cette affection des plus pénibles pour les malades, M. Goodell conseille de faire usage de la pommade suivante, avec laquelle on pratiquera, loco dolenti, des frictions douces et prolongées.

Acide phénique..........................	4 gr.
Sulfate de morphine......................	0.60 centigr.
Acide borique............................	8 gr.
Vaseline.................................	60 gr.

Après chaque onction, l'auteur recommande de pratiquer doucement le lavage de la région avec une éponge imbibée d'eau très chaude.

***

95. — Traitement de la névralgie lombo-abdominale, en rapport avec une affection utérine. — M. Chéron a démontré, dans ses leçons cliniques, que sous l'influence d'une affection de l'un quelconque des organes de l'appareil utéro-ovarien, la souffrance de la moelle épinière déterminée par cette affection, se caractérise spécialement par une névralgie lombo-abdominale, dont l'intensité varie avec les circonstances.

Tantôt cette souffrance de la moelle lombaire se révèle par une douleur spontanée, tantôt son existence n'est revélée à la malade que par une pression exercée sur les points d'émergence des nerfs lombaires.

Le traitement consiste à faire usage d'applications sédatives combinées avec le traitement de l'état local. Mais, dans les névralgies intenses (accompagnées probablement de névrite) il faut avoir recours aux révulsions énergiques (*vésicatoires*, *cautères*, *pointes de feu*).

Voici, par ordre d'énergie, les applications sédatives auxquelles M. Chéron donne la préférence.

I. —	Chloroforme	10 gr.
	Ether sulfurique	15 —
	Alcool camphré	90 —

Frictions douces, matin et soir, sur la région lombaire.

II. —	Chloroforme	10 gr.
	Ether sulfurique	15 —
	Laudanum de S	6 —
	Glycérine	90 —

Même emploi que ci-dessus. — On laissera en place pendant une demi-heure, une compresse de flanelle imbibée du mélange.

III. —	Chloroforme	10 gr.
	Ether sulfurique	15 —
	Teinture de digitale	ãã 5 gr.
	— jusquiame	ãã 5 gr.
	— d'aconit	ãã 5 gr.
	— thébaïque	ãã 5 gr.
	— de belladone	ãã 5 gr.
	— de cigüe	ãã 5 gr.
	Essence de thérébenthine	ãã 5 gr.
	— alcool camphré	90 —

On verse deux ou trois cuillerées à café sur une compresse de flanelle et on applique trois fois par jour pendant une demi-heure sur la région endolorie.

***

96. — Constipation et dyspepsie douloureuse compliquant la métrite chronique. — Dans le cours de la métrite chronique, s'il y a constipation, M. Goodell conseille l'emploi des pilules laxatives suivantes, prises à la dose de 1 pilule, le soir en se couchant.

Podophyllin..............	0.03 à 0.05 centigr.
Extrait de belladone.........	0.01 centig.
Gingembre...............	ââ Q. S.
Miel....................	

Pour 1 pilule.

Si la métrite se complique de gastralgie et de chloro-anémie, on fera usage des cachets suivants dont on prendra 1 par jour au moment du principal repas.

Fer réduit par l'hydrogène.......	ââ 0.30
Poudre de quinquina jaune......	
Rhubarbe pulv.................	ââ 0.10 cent.
Cannelle préparée	
Craie préparée.................	0.20

Pour un cachet.



97. — Traitement des convulsions puerpérales. — Le Dr Hubbard formule ainsi la marche à suivre dans le traitement des convulsions puerpérales :

1° Phlébotomie de 300 à 400 grammes, si la céphalalgie persiste, si la face est congestionnée, si la malade est agitée, si les convulsions sont cloniques, si l'hémorrhagie a été faible au moment de l'accouchement.

2° Infusion de digitale pour tonifier le cœur, modérer l'irritation nerveuse, provoquer la diurèse (et dans ce but, ajouter du bitartrate de potasse).

3° Chloroformiser avec modération.

4° Donner préférablement du chloral (75 centigr. à 1 gr. en lavement) dont l'action paraît plus favorable que celle du chloroforme et semble moins troubler le cerveau.

5° Si la perte de sang a été considérable, si la prostration est grande, s'adresser aux injections de morphine, le chloroforme et le chloral augmentant l'épuisement nerveux et favorisant un retour de l'hémorrhagie utérine.

Ajoutons qu'une excellente pratique, dans ce dernier cas, serait l'emploi des injections hypodermiques de sel neutre dont M. Chéron a démontré les excellents effets dans son service de St-Lazare.



98. — Quelques formules antiprurigineuses. — Diverses préparations peuvent être employées contre les démangeaisons de l'urticaire si fréquentes dans les affections utérines. En voici quelques-unes :

I. —	Acide pyrogallique	5 gram.
	Axonge	100 gram.
II. —	Bichlorure de mercure	1 gram.
	Eau distillée	100 gram.
	Alcool à 90°	Q. S.
III. —	Acide phénique crist	0,50 centig.
	Glycérolé d'amidon	100 gram.
IV. —	Acide benzoïque	3,50
	Eau	500 gram.
V. —	Calomel	1 gram.
	Axonge	20 à 30 gram.

***

99. — Traitement de l'ulcère atonique du col de l'utérus. — Demarquay conseille, dans les cas d'ulcère simple indolent, l'application du glycérolé suivant :

Glycérolé d'amidon	100 gram.
Sulfate d'alumine et de zinc	20 gram.

S'il y a douleur, on fait usage du mélange suivant :

Laudanum de S......................	4 à 5 gram.
Glycérine.............................	100 gram.



100. — Traitement de l'éclampsie puerpérale par l'emploi de la pilocarpine.— Le Dr Horrocks, de Londres, a rapporté le cas d'une femme enceinte, affectée d'une anasarque considérable avec anurie complète, chez laquelle s'étaient produits des accidents éclamptiques. Les inhalations de chloroforme restèrent sans résultat. L'auteur crut devoir faire une tentative avec la pilocarpine, médicament qu'on a vanté contre les accidents éclamptiques ou urémiques. Des injections de pilocarpine de 0,15 à 0,20 centigrammes furent pratiquées à des intervalles de temps assez considérables ; aussitôt que l'effet diaphorétique de la pilocarpine se manifesta, les convulsions éclamptiques diminuèrent de fréquence et d'intensité. Huit jours après la première injection, la femme accoucha spontanément d'un fœtus macéré, de six à sept mois d'âge, et au bout de très peu de temps elle était complètement rétablie.



101. — Traitement des bourrelets hémorrhoïdaires par les injections interstitielles d'acide phénique dilué. — De nouveaux essais ont été faits en Amérique par M. Andrews (de Chicago) pour obtenir le ratatinement des bourrelets hémorrhoïdaires au moyen d'injections interstitielles d'une solution d'acide phénique.

Ce procédé de traitement s'est révélé comme étant très efficace, mais nullement inoffensif. On peut attribuer à l'emploi de solutions phéniquées trop concentrées (Andrews employait une solution contenant parties égales de véhicule et d'acide phénique), les accidents causés par ces injections. M. von Hermann, médecin militaire à Mayence, a repris les essais d'Andrews, en se servant d'une solution phéniquée beaucoup moins forte. Il poussait dans chaque bourrelet hémorrhoïdaire cinq gouttes d'une solution phéniquée à 10 p. 100 ; le bourrelet devenait tout aussitôt d'un blanc bleuâtre et se flétrissait. A la suite d'une seconde injection, le bourrelet s'effaçait complètement en l'espace de sept jours. Les injections pratiquées de la sorte n'ont

jamais eu de suites fâcheuses ; elles développaient simplement une sensation locale de froid.

***

102. — Emploi de l'hydrastis dans la dyspepsie chez la femme. — L'emploi de l'hydrastis à petites doses dans certaines formes de dyspepsie a été expérimenté par le Dr Auld. Cet auteur a remarqué qu'à forte dose l'hydrastis aggrave les symptômes et provoque la diarrhée. Cette médication convient aux trois formes suivantes de dyspepsie :

1° La dyspepsie des femmes, caractérisée surtout par de la douleur et de la pesanteur à l'épigastre, des nausées, de la constipation, s'accompagnant d'une débilité générale, d'un état nerveux, de douleurs vagues et de leucorrhée. Ces malades ne peuvent souvent pas tolérer les doses élevées de bismuth et d'autres médicaments ; mais à moins qu'il n'y ait une anémie très prononcée, elles reprendront très vite des forces sous l'influence de l'hydrastis qui agit comme un véritable spécifique.

2° La dyspepsie, qu'on observe dans le cours de certaines affections générales telles que la phthisie et les affections malignes.

3° La dyspepsie alcoolique.

La posologie de cette substance est la suivante. On donne par jour :

Teinture d'hydrastis................ 4 grammes.

—

Extrait d'hydrastis.................. 20 centigrammes.

—

Hydratine (alcoloïde)................ 5 à 10 milligrammes.

***

103. — De l'iodol dans l'antisepsie. — Le Dr Schmidt préconise beaucoup l'iodol comme antiseptique de l'emploi duquel il aurait retiré de grands avantages.

L'iodol est un corps légèrement brunâtre et qui présente sur l'iodoforme l'avantage d'être à peu près inodore.

Sa solubilité dans l'eau est de 1 pour 5,000. L'alcool en dissout trois fois son poids.

Son action est rapide, inoffensive, et on n'a jamais constaté de symptômes d'intoxication, ni trouvé trace d'iode dans les urines.

L'iodol s'emploie de la manière suivante :

1° En poudre, de la même manière que l'iodoforme. Comme sa poudre est très fine, il pénètre les tissus et les recouvre mieux que l'iodoforme. Il ne forme pas de croûte sur la plaie, comme le fait ce dernier, il rend les sécrétions inodores et favorise la formation de granulations de bonne nature et exerce une influence salutaire sur la nutrition des parties malades.

2° En solution dans 16 parties d'alcool et 34 parties de glycérine pour saturer les tampons vaginaux ou rectaux. On se sert aussi de cette solution pour injecter dans les cavités purulentes.

3° Comme gaze imprégnée d'iodol.

4° Combiné à la vaseline ou au collodion.



104. — Traitement des fistules par les injections d'essence de térébenthine.—Le Dr Cecchini a obtenu d'excellents résultats des injections d'essence de térébenthine dans les cas de fistules anales en rapport avec une carie osseuse, de fistules du canal de Sténon et de fistules atones de différentes variétés. L'auteur a employé cet agent parce qu'il favorise d'une manière très puissante la formation des granulations, et d'autre part, parce que c'est un antiseptique énergique. Il l'a employé dans un grand nombre de cas et a pu obtenir ainsi des guérisons permanentes.

L'auteur recommande de se servir de seringues à canules mousses et de fermer l'orifice de la fistule avec le doigt une fois l'injection faite pour assurer un contact parfait du liquide avec les tissus. La douleur est légère et très supportable ; cependant, il est nécessaire d'ajouter une certaine quantité d'huile à l'essence.



105. — Traitement préventif des hémorrhagies post-puerpérales à l'aide de la strychnine. — M. Walker recommande tout particulièrement, l'usage de ce médicament pendant le mois qui précède l'accouchement. Il considère que ce traitement a exercé une influence remarquable en empêchant la production d'hé-

morrhagies post-puerpérales, qui s'étaient manifestées, chez quelques femmes, dans plusieurs accouchements antérieurs.

***

106. — Emploi de la cocaïne dans le traitement de la coqueluche et de la toux hystérique. — Le Dr Graffner, (de Breslau) recommande l'emploi bi-quotidien d'inhalations chaudes pratiquées avec une solution de chlorhydrate de cocaïne, dont la concentration varie avec l'âge du malade et l'intensité de la toux.

Voici sa formule :

Chlorhydrate de cocaïne. . . . . ,	6 à 10 centigr.
Eau distillée.	45 grammes.
Chlorate de potasse	àà 50 centigr.
Eau distillée d'amandes amères. . . .	

Chez les enfants irritables on a employé un pulvérisateur ordinaire après avoir chauffé la solution au bain-marie, tandis que chez les adultes et les enfants raisonnables on s'est servi d'un pulvérisateur à vapeur. On fera pendant la pulvérisation tenir la bouche largement ouverte et tirer la langue. Dans deux cas de toux hystérique, les accès de toux qui avaient résisté à tous les autres moyens disparurent complètement au bout de quatre à cinq séances. Il paraîtrait que lorsque les muqueuses ont été soumises à l'action de la cocaïne, les excitations qui, en temps ordinaire, sont suffisantes pour produire des accès de toux ne déterminent plus rien.



107. — Catarrhe du col. — Le professeur Schrœder décrit ainsi le traitement et les précautions à prendre dans le traitement de cette affection :

« Eviter les travaux corporels, la constipation, les rapports sexuels. Ponctionner les follicules tuméfiés du col. Cautériser la muqueuse cervicale avec le mélange suivant :

Acide pyroligneux.	100 gr.
Acide phénique.	4 gr.

que l'on appliquera à l'aide du spéculum de Fergusson.

Il faut aussi quelquefois introduire ce liquide dans le canal cervical à l'aide d'un petit tampon d'ouate. On doit bannir l'emploi de l'acide chromique et des caustiques énergiques, capables d'entraîner (surtout chez les nullipares) la sténose du col.

Dans les cas graves, le professeur de Berlin conseille l'excision de la muqueuse malade, jointe ou non à l'opération d'Emmet.

***

108. — Vaginisme. — Selon Schrœder, on doit interdire tout rapport sexuel, traiter l'inflammation de l'entrée du vagin par des lotions d'eau de Goulard ou de nitrate d'argent au 1/30, et si l'hymen est intact, l'exciser.

Quand l'entrée du vagin n'est plus sensible à l'introduction du doigt, on place tous les jours et on laisse à demeure pendant une à trois heures des spéculums en glace de calibre de plus en plus fort. Lorsque la dilatation est suffisante, on permet les rapports sexuels.

Enfin, dans les cas invétérés, il faut exciser l'hymen ou bien dilater brusquement le vagin, avec les deux pouces, après anesthésie préalable.

On complétera le traitement par des bains, l'usage du bromure et un régime approprié.

***

109. — Traitement de la vulvite et de la vaginite. — Schrœder recommande vivement, dans ces cas, les injections phéniquées. Dans le prurit vulvaire, fréquent chez les diabétiques, une solution aqueuse de 3 à 10 p. 100 d'acide phénique, appliquée à l'aide d'un pinceau, produit des merveilles. L'emploi méthodique des bains de siège froids ou tièdes, additionnés de potasse, deux fois par jour au moins, est également recommandable.

Contre le prurit vulvaire, Scanzoni recommande de graisser les parties avec :

Huile d'amandes douces.........	30 gr.
Chloroforme pur...............	3 gr.
M.	

Veit préfère des tampons d'ouate saupoudrés d'alun et de sucre,



110. — Traitement du prurit anal. — M. Grellety propose comme traitement au prurit anal simple, non symptomatique, des bains de siège fréquents, des douches ascendantes, anopérinéales, des lotions répétées plusieurs fois par jour avec de l'eau tiède additionnée d'acide borique (10 p. 100). Pendant la nuit, appliquer des cataplasmes d'amidon, ou faire, le soir, en se couchant, des onctions avec une pommade composée de :

Oxyde de zinc............	4 grammes.
Vaseline.................	20 —

M.

Si ces moyens ne réussissent pas, il faut avoir recours à l'emploi des mèches enduites d'abord de pommade belladonée, puis de cold-cream à la cocaïne (5 gram. p. 100). Régime doux, rafraîchissant, suppression des boissons alcooliques.



111. — Poudre emménagogue. — M. Potain conseille, dans les cas d'aménorrhée, de donner pendant les cinq jours qui précéderont l'arrivée probable des règles un des paquets suivants :

Poudre de feuilles d'armoise......	2 gr. 50
Poudre de millefeuille..........	2 gr. 50
Poudre de safran................	1 gr. 25

Mêlez et divisez en cinq paquets. On appliquera, en outre, des cataplasmes chauds sur le bas-ventre, on promènera des sinapismes sur les membres inférieurs. Si l'aménorrhée est liée à la chlorose, on prescrira, pour le reste du mois, le vin de quinquina et le fer.



112. — Onctions contre le masque de la grossesse. — M. Monin conseille l'emploi d'onctions faites matin et soir avec le mélange suivant :

Beurre de cacao.............	āā 10 gr.
Huile de ricin.............	

Oxyde de zinc.	20 cent.
Précipité blanc	10 —
Essence de rose.	10 gttes.



113. — Traitement médical des myômes. (SCHRŒDER.) — D'après l'auteur, les injections hypodermiques d'ergotine devront être pratiquées, tous les deux jours, à l'hypogastre, selon la formule suivante :

Eau dist.	4 gr.
Ergotine.	1 gr.
Acide phénique	*une goutte.*

M. S. A.

Il est rare de voir la tumeur diminuer avant la cinquantième injection. Il faut donc continuer des mois entiers sans se lasser. Schroeder a vu, dans un cas, la diminution de la tumeur ne s'effectuer qu'après 400 injections ! C'est donc une cure pénible et douloureuse, développant des nodosités cutanées pénibles, surtout quand les injections ne sont pas pratiquées profondément. Plus les myômes sont mous, plus ce traitement est efficace. En tout cas, il n'est pas dangereux, tandis que l'opération, par voie vaginale ou par laparotomie, est toujours périlleuse et difficile.



114. — La migraine menstruelle, son traitement. (J. CHÉRON.)—La migraine est une manifestation diathésique qui vient souvent compliquer de la façon la plus douloureuse les affections utérines.

Dans quelques circonstances, la migraine ne survient qu'au moment des règles et ce sont toujours des diathésiques, jeunes filles ou jeunes femmes, qui souffrent de cette affection.

L'analogie des symptômes subjectifs et objectifs révèle l'existence d'une dysménorrhée, d'une névralgie lombo-abdominale ou d'une lésion de structure.

En dehors des indications qui ont trait à l'état local, à l'irritation spinale lombaire dans sa manifestation névralgique, et à la diathèse, il faut traiter directement la migraine.

M. Chéron conseille l'emploi quotidien des paquets suivants pendant tout l'intervalle de temps qui sépare les périodes menstruelles :

Poudre de guarana...............	3 gr.
Bicarbonate de soude...........	0.50 centigr.

En un paquet que l'on prendra dans un demi-verre d'eau.

La poudre de guarana doit être préparée avec la râpe, au moment même où on veut s'en servir.

Le moment qui convient le mieux est celui qui précède le repas.

Le traitement de l'accès, en général illusoire, l'est encore par ce moyen-là au début du traitement, mais plus tard, lorsqu'on avance vers la guérison, l'accès est facilement enrayé.



115. — Nausées et vomissements dans les affections utérines.— Il n'est pas rare de voir chez des femmes atteintes d'affections diverses de l'appareil utéro-ovarien, des nausées et même des vomissements.

M. Chéron donne, dans ces cas, la potion gazeuse combinée au bromure de potassium, et il obtient des résultats bien supérieurs à ceu obtenus par l'emploi isolé de ces deux médicaments.

Voici la formule de la potion dont l'auteur fait usage d'une façon suivie, dès qu'il constate l'existence de nausées ou de vomissements récents ou anciens :

N° 1. —	Bicarbonate de potasse	2 gr.
	Eau commune	60 gr.
	Bromure de potassium	2 gr.
N° 2. —	Acide citrique	4 gr.
	Eau commune	120 gr.
	Sirop de sucre	40 gr.

Verser dans un verre une cuillerée à café du n° 1 et une cuillerée à bouche du n° 2, agiter et boire aussitôt.

Prendre cette même dose toutes les demi-heures ou toutes le heures.

Les numéros 1 et 2 représentent la quantité du maximum à employer par jour.

Dans la pelvi-péritonite localisée, même pendant la période aiguë, cette potion arrête souvent les envies de vomir et les vomissements.



116. — Traitement de la coqueluche par la résorcine. — Moncorvo conseille l'intervention thérapeutique directe sur la muqueuse laryngée, considérant que la coqueluche est d'origine parasitaire.

Il fait usage d'une solution aqueuse, à 1 pour 100 de résorcine, qu'il applique à l'aide d'un pinceau sur l'orifice supérieur de la glotte.

L'application est renouvelée toutes les deux heures.

La résorcine, qui agit puissamment sur les ferments, présente sur l'acide phénique l'avantage d'être plus soluble, moins irritante et moins odorante.



117. — Emploi du sulfate de cuivre comme antiseptique en obstétrique. — M. Charpentier considère la solution de sulfate de cuivre au centième, comme un antiseptique de premier ordre. C'est en même temps un désinfectant instantané.

Il est inoffensif pour les malades et d'un prix très modéré.

Le sulfate de cuivre présente aussi une innocuité absolue, qu'il soit employé en injections intra-vaginales ou intra-utérines.

Ses propriétés astringantes et coagulantes en font en outre un excellent hémostatique qui pourrait être substitué au perchlorure de fer sur lequel il a la supériorité de ne pas salir les plaies.

La solution qu'on doit employer est une solution au centième chauffée à une température de 38 degrés environ.



118. — Endométrite purulente avec ulcération du col. (J. Chéron.) — L'auteur conseille l'injection suivante, qui réussit là où les balsamiques ont échoué, c'est-à-dire dans quelques cas d'écoulement purulent fourni par une endométrite avec ou sans ulcération.

Acide tannique	60 gr.
Laudanum de S.	10 gr.
Glycérine neutre	350 gr.

Cette préparation s'emploie à la dose de une ou deux cuillerées à bouche par litre d'eau tiède pour injection matin et soir.

Dans le cas où il n'y a pas d'ulcération, la dose de laudanum peut être portée sans inconvénient à 20 et même 30 grammes.

FORMULAIRE

Le capsicum annuum et l'hamamelis virginica dans les congestions hémorrhagiques de l'appareil utéro-ovarien.

(J. Chéron.)

Les expériences et les observations d'Alègre, l'ayant conduit à prescrire avec succès le poivre de Guinée (capsicum annuum) dans le traitement des hémorrhoïdes fluentes, je fus amené, par des déductions logiques qu'il est inutile de rappeler, à employer cette même substance, dans le traitement de certaines maladies hémorrhagiques de l'appareil utéro-ovarien. C'est ainsi que je parvins à modifier des états hémorrhagiques, symptomatiques d'endométrite, de tumeurs fibreuses, des dysménorrhées congestives, avec ou sans hémorrhoïdes. Plus tard j'en étendis, avec succès, l'application aux hémoptysies.

A n'en pas douter, le capsicum est un médicament vasculaire qui d'une façon rapide et sûre, agit sur l'état congestif hémorrhagipare du petit bassin.

Mais si le capsicum annuum modifie la tendance hémorrhagique, il laisse persister la sensation de malaise, voire même la douleur qui accompagne cet état.

En faisant des observations comparatives sur l'action du poivre de Guinée (capsicum annuum) et sur l'action du noisetier de la sorcière (hamamelis virginica), j'ai bientôt pu reconnaître que ce dernier médicament, beaucoup moins anti-hémorrhagique que le premier, dissipe promptement le malaise et la douleur qui accompagne l'état congestif avec ou sans hémorrhagie.

De là, les indications de ces deux médicaments, complémentaires l'un de l'autre : le capsicum est indiqué toutes les fois qu'il y a hémorrhoïdes fluentes, ménorrhagies, métrorrhagies, règles supplémentaires. L'hamamelis virginica, à son tour, trouvera son indication,

toutes les fois qu'avec les états morbides précédents, il y aura malaise, douleur, sensation de plénitude et de lourdeur dans le petit bassin, et dans les cas où il y aura simplement congestion pénible de l'appareil utéro-ovarien sans hémorrhagie.

Je rappelle, en terminant, les différentes formules d'emploi de ces deux médicaments.

1° Poudre de capsicum.............. 5 gr.

en trente pilules.

Prendre une pilule avant chaque repas. La dose peut être portée à 6 pilules par jour.

2° Extrait aqueux de capsicum.......... 5 gr.

en 30 pilules.

Même mode d'emploi.

3° Teinture de capsicum.................. 3 gr.
Rhum.................................. 30 gr.
Julep gommeux......................... 120 gr.

Prendre par cuillerées à bouche toutes les deux heures.

4° Teinture d'hamamelis virginica....... 20 gr.
Sirop de Tolu........................ 100 gr.
Eau distillée de mélisse................ 10 gr.

Prendre une cuillerée à bouche, deux à trois fois par jour :

5° Extrait d'hamamelis.................. 5 gr.
Axonge.............................. 20 gr.

en application sur les bourrelets hémorrhoïdaux.

6° Extrait d'hamamelis.................. 10 gr.
Glycérine neutre..................... 50 gr.

pour pansements sur le col utérin.

7° Extrait d'hamamelis.............. 0.20 centig.
Beurre de cacao.................. 5 gr.

pour suppositoires.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. DILATATION DU COL ET HYSTÉRECTOMIE DANS LES CAS DE FIBRÔMES INTERSTITIELS DOULOUREUX.

II. INTÉRESSANTES MÉPRISES A PROPOS DE CAS DE GROSSESSES PRISES POUR DES TUMEURS ABDOMINALES.

Les anatomo-pathologistes ont depuis longtemps classé les fibrômes utérins, suivant leur siège, en fibrômes interstitiels, fibrômes sous-séreux et fibrômes sous-muqueux. L'observation attentive des malades a permis de rattacher à cette division des descriptions symptomatologiques spéciales pour chacune de ces variétés anatomiques et, aujourd'hui, tout médecin s'intéressant à la gynécologie sait que les *fibrômes sous-muqueux* déterminent des flueurs blanches et des hémorrhagies souvent considérables survenant à l'époque menstruelle (ménorrhagies) ou pendant la période intercalaire (métrorrhagies), si bien que le diagnostic est quelquefois à faire entre ces tumeurs et l'endométrite fongueuse hémorrhagique, tandis que d'autres fois il y a surtout de la dysménorrhée ou des douleurs analogues à celles de l'accouchement. On rencontre au contraire souvent des malades qui portent des *myômes sous-péritonéaux* volumineux et qui n'éprouvent que des troubles très légers, sauf si le volume en est assez considérable pour amener des accidents de compression nerveuse et vei-

neuse (douleurs et œdème des membres inférieurs) ou si le péritoine a une sensibilité exagérée : alors il se fait de l'ascite ou des péritonites partielles, qui peuvent occasionner à leur tour des complications sérieuses.

M. Tillaux est revenu dernièrement, dans une de ses leçons à l'Hôtel-Dieu, sur le diagnostic des *fibrômes interstitiels* et sur leur traitement. Chez une des malades de son service, les douleurs étaient devenues tellement intolérables qu'il se décida à pratiquer l'hystérectomie, bien que les pertes fussent insignifiantes. Sur la pièce on voyait la cavité utérine très élargie et enveloppée sur tout son pourtour par des fibrômes interstitiels. Parmi ceux-ci, l'un faisait saillie sous le péritoine et était devenu sous-péritonéal ; un autre, au contraire, refoulait la muqueuse utérine vers la cavité. Chez cette malade il y avait donc infiltration totale de l'utérus par les corps fibreux qui l'avaient hypertrophié et qui étaient enveloppés à leur périphérie par une couche de tissu musculaire utérin normal, tandis que du côté de la cavité ils venaient se mettre en contact avec la muqueuse.

La conduite de M. Tillaux a été très rationnelle, et le succès a été complet. Cependant, on peut se demander si l'on ne pouvait pas tenter quelque chose avant d'en arriver à une opération aussi grave que l'hystérectomie, et cela avec d'autant plus de raison qu'il s'agissait d'une femme de quarante ans, et que l'on connaît l'influence agressive de la ménopause sur les fibrômes.

Nous avons vu, il y a deux ans, un cas de myômes interstitiels analogue au précédent. La malade, très amaigrie, ayant perdu ses forces, éprouvait des douleurs atroces, très exagérées au moment des règles, si bien qu'on avait redouté l'existence d'un cancer utérin. Après avoir diagnostiqué l'infiltration de la matrice par des tumeurs fibreuses multiples, et pensant que les accidents douloureux provenaient de la diminution de diamètre du canal cervical et par suite de la compression des plexus nerveux sous-muqueux de Guerhardt Léopold, nous libérâmes la muqueuse en pratiquant la dilatation du col. Lorsque celle-ci eût été portée assez loin, on aurait pu facilement introduire à ce moment un

manche de porte-plume, les douleurs cessèrent aussitôt et depuis cette époque les fibrômes ont été parfaitement tolérés.

II. — En présence d'une tumeur abdominale, on doit toujours penser à la grossesse, en rechercher les signes avec le plus grand soin et, dans le doute — ce qui existera surtout si la suppression des règles coïncide à peu près avec l'apparition de la tumeur — savoir retarder l'opération et attendre : une patience de quelques mois fera plus alors que science et habileté chirurgicale.

On connait l'histoire de ce médecin étranger qui, il y a quelque temps, pratiqua la laparotomie pour aller chercher un utérus gravide, pris pour une tumeur abdominale, et on sait ce que lui coûta son erreur de diagnostic.

Dans un fait que nous connaissons, un grand chirurgien, un accoucheur très savant et un médecin (dont deux sont morts aujourd'hui) avaient à l'unanimité diagnostiqué chez une dame grosse, grasse, à parois abdominales excessivement épaisses, un kyste de l'ovaire que l'on se disposait à opérer lorsque le mari, pris de peur, prévenu de la gravité de l'opération, demanda quelques semaines de répit : dix jours après, la malade accouchait d'un enfant superbe.

M. Lefort (1) avait soumis une des malades de son service à l'anesthésie chloroformique et allait l'opérer lorsqu'une des personnes présentes, qui examinait la malade, sentit très nettement des mouvements que M. Lefort perçut lui-même après. Les mouvements du fœtus qui, paraît-il, n'avaient pu être perçus dans les examens antérieurs, s'étaient manifestés, à l'occasion de la chloroformisation, qui avait déterminé chez le fœtus une agitation analogue à la période d'excitation qu'on observe chez les adultes qu'on chloroformise. Il en conclut que l'on ne doit jamais manquer, quand on est sur le point d'opérer une tumeur abdominale, d'explorer la tumeur pendant l'anesthésie : on pourra, par ce moyen, reconnaître une grossesse jusque-là méconnue.

(1) Société de chirurgie séance du 12 mai 1886.

Dans un cas analogue, MASSARENTI (1) n'aurait pas hésité à pratiquer le catéthérisme. Avec des sondes de cire de 4 millimètres de diamètre, flexibles mais assez résistantes, il a pu sans inconvénients mesurer des utérus à cinq ou six mois de grossesse (le catéther pénétrait alors à 25 ou 26 centimètres de profondeur). Il a même diagnostiqué de cette façon une grossesse de 12 jours et une autre de un mois et demi !

Jusqu'à plus ample informé, nous ne saurions recommander cette pratique. Savoir attendre, ainsi que nous le disions, est le précepte le plus sage en pareille circonstance.

COURS D'OBSTÉTRIQUE COMPARÉE

SUIVANT LES DIFFÉRENTES RACES HUMAINES

Par le Dr E. VERRIER.

20e LEÇON

DE L'AVORTEMENT CRIMINEL COMPARÉ CHEZ LES ANCIENS ET LES MODERNES.

Messieurs,

L'étude de l'avortement est le complément de toute étude sur l'accouchement naturel. Mais l'avortement naturel n'est que l'expulsion du produit de conception arrivant spontanément ou accidentellement, avant l'époque de la viabilité fœtale. Il est du ressort de la pathologie obstétricale, nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Nous étudierons plus spécialement l'avortement criminel au point de vue historique et au point de vue ethnographique.

A Rome, où la licence des mœurs était si grande, l'avortement, bien que défendu par la loi, se répandit peu à peu, et, comme il se pratiquait jusque dans le palais des empereurs, il finit par être toléré et admis d'une façon à peu près générale chez les dames romaines.

Il en était question au théâtre comme d'une chose toute naturelle.

1) *Rivista clinica*, janvier 1886.

C'étaient les *sagæ* (sages-femmes d'alors) qui jouissaient de cette triste spécialité qu'elles partageaient avec les nourrices; celles-ci, à Rome, restant les conseillères des jeunes filles qu'elles avaient élevées.

Parmi les auteurs latins qui nous donnent des renseignements sur cette détestable pratique, nous pouvons citer au premier rang Ovide, dans *les Amours*, l. II, él. XIII et XIV ; *Héroïdes*, XI ; *les Fastes*, l. I, v. 619.

Aulu-Gelle, dans les *Nuits attiques*, l. XII, él. Ire, reprochait aux femmes de rendre leurs mamelles stériles *en se rendant improductives*. Juvénal, *Sat.*, II, v. 32, parle de cette Julie, qui, fille de Titus, nièce de Dioclétien et concubine de ce dernier, se fit avorter plusieurs fois et finit par succomber à la suite d'un avortement :

Cum tot abortivis fecundam Julia vulvam
Solveret, et patruo similes effunderet offas...,

paroles qu'il faut renoncer à traduire en français.

Comment la loi ne serait-elle pas tombée en désuétude, lorsque les grandes dames de Rome l'enfreignaient si ouvertement ?

D'après Ovide, ces grandes dames avaient formé un complot pour punir leurs maris de les avoir privées de la liberté de se promener dans des chars richement ornés, et, à ces fins, non seulement elles leur avaient refusé toute faveur, mais celles mêmes qui étaient enceintes avaient juré de se faire avorter, afin de ne pas donner de rejetons à leurs époux.

Quelles sont les causes qui, en dehors de ce complot, pouvaient encourager l'avortement ?

Sans doute, alors comme aujourd'hui, on trouvait d'abord les relations illégitimes, une faute à cacher à un mari, à une famille, à la société. Puis, les mœurs se relâchant, on se faisait avorter afin qu'une grossesse n'empêchât pas de se livrer au plaisir, à la débauche.

Enfin, il n'était pas jusqu'à la coquetterie qui, pour les grandes dames, ne fût un sujet de recourir aux *sagæ*.

Une femme, à Rome, était vieille à vingt-cinq ans, et l'on vou-

lait garder le plus longtemps possible les attributs de la jeunesse. Il ne fallait pas de vergetures sur le ventre, les seins ; il fallait que tous les organes conservassent une virginité apparente.

Ut careat rugarum crimine venter,

dit Ovide, qui, dans la même élégie, reproche à Corinne, une de ses maîtresses, de s'exposer à perdre la vie en se débarrassant du fardeau qu'elle porte dans son sein.

Quant aux moyens d'avortement, tous les auteurs sont d'accord pour dire que l'on n'employait alors à Rome que des breuvages abortifs, car on ne connaissait pas encore les manœuvres savantes.

Cette pratique des avortements à Rome était comme un reflet, très étendu par la licence des mœurs, des coutumes de la Grèce.

En Grèce, en effet, où les femmes exercèrent la médecine, où Hécate découvrit l'aconit (*Diodore*, I. IV, 45) et empoisonna son père, où Circé, reine des Sarmates, empoisonna son mari, il n'était pas étonnant que les femmes, plus particulièrement adonnées à l'art des accouchements, fussent souvent sollicitées pour faire disparaître le fruit d'amours illicites ou incestueuses.

Ne voyons-nous pas, dans le *Dialogue Theetète*, de Platon (trad. de Cousin, t. II), Socrate dire, à propos de Phénarète, sa propre mère, qui était sage-femme : « N'as-tu pas aussi entendu dire qu'elles (les sages-femmes) peuvent par des remèdes, des enchantements, éveiller les douleurs de l'accouchement et les adoucir, délivrer les femmes qui ont de la peine à accoucher, ou bien *faciliter l'avortement de l'enfant*, QUAND LA MÈRE S'EST DÉCIDÉE A S'EN DÉFAIRE ? »

Malgré cela, il ne semble pas cependant que cette pratique coupable ait été aussi étendue, ni aussi fréquente à Athènes qu'à Rome.

Ce fut Aspasie, de Millet, qui, peut-être la première, proposa l'avortement dans un but thérapeutique, et Moschion nous a transmis une partie des écrits de Cléopâtre, autre sage-femme célèbre de la même époque, parmi lesquels il est question de l'a-

vortement. N'ayant pu nous procurer ce travail, nous ne saurions dire si l'auteur y traite de l'avortement clandestin.

Chez tous les peuples et dans tous les temps, la stérilité a été considérée comme une cause de réprobation. La mère, en effet, désire un enfant pour resserrer les liens du mariage ; le père, pour avoir un héritier de son nom ; enfin, la société elle-même a intérêt à la procréation, car sa force et sa puissance sont en raison directe de sa natalité.

Malgré cela, dès que l'enfant devient une menace pour l'existence des parents, une charge au-dessus des ressources de la famille, le salut individuel passe alors avant celui de l'espèce et de la société, et l'enfant est sacrifié.

La fille-mère, comme la femme qui, pour une raison ou pour une autre, ne peut pas compter sur son mari, ne peut pas compter davantage sur la société ; dès lors, l'enfant devient une charge trop lourde pour elle, et elle a recours à l'avortement.

Dans les civilisations avancées, où l'avortement est souvent pratiqué d'un commun accord entre l'homme et la femme, on n'y regarde guère plus qu'à la pratique du *moral restraint*.

Dans quelques pays, l'avortement est même réglementé. Ainsi, dans l'île Formose, d'après M. Letourneau, dans le but de borner la population aux ressources de l'île, il est interdit à la femme, de par la loi, d'avoir des enfants avant l'âge de trente-six ans !

Comme on peut bien le penser, les jeunes filles n'attendent pas si longtemps. Une grossesse survient. Alors, conduites dans les temples religieux du pays, des prêtresses leur piétinent sur le ventre pour les faire avorter !... Dans certaines contrées de l'Amérique, l'avortement est aussi une pratique légale. Chez les Payaguas de la Plata, quand une femme a deux fils vivants et qu'elle devient enceinte pour la troisième fois, on la fait avorter. Il est vrai que Pritchard nous dit que les Moxos tuent leurs femmes quand elles avortent.

Chez les autres nations contemporaines non civilisées et même chez celles qui jouissent d'une civilisation relativement avancée, on retrouve partout la pratique de l'avortement.

Dans nos colonies, au Sénégal, si la négresse accepte de vivre quelque temps avec un blanc et lui refuse un rapprochement passager, c'est qu'elle espère, dans le premier cas, que le blanc ne la laisserait pas dans l'embarras, si elle avait un enfant, car, devenue enceinte d'un blanc et abandonnée, elle est obligée de se faire avorter pour cacher sa faute et pour pouvoir ensuite se marier avec un homme de sa couleur. (Docteur Corre.)

Au centre de l'Afrique, la négresse fille se fait avorter faute de ressources ; la négresse, épouse infidèle, pour cacher sa faute dans la crainte d'un terrible châtiment ; et, quant à l'esclave, son maître la fait avorter pour lui conserver les apparences de la virginité et la vendre ensuite plus avantageusement.

Les femmes arabes, les Mauresques, provoquent chez elles la stérilité, pour éviter les grossesses fréquentes et pouvoir se livrer à leurs passions sans être exposées à avoir des enfants.

Si, de l'Afrique, nous passons à l'Asie, nous trouvons dans les sociétés bouddhiques, où l'on exalte le célibat, des avortements fréquents ; car le célibat est antinaturel, et les crimes qui se commettent de temps en temps n'ont pas d'autre mobile que le veuvage et le célibat forcés. Les cloîtres, d'ailleurs, qui renferment les bonzes, engendrent l'égoïsme, à quelque secte qu'ils appartiennent.

En Chine, où les femmes sont mineures au point de vue légal, on ne compte pour rien l'inclination du cœur dans les mariages, d'où les amours clandestines et les avortements qui en sont la conséquence.

A Pékin, l'avortement se fait sur une vaste échelle. Des substances y sont publiquement affichées comme remèdes, soit pour dégager le ventre, faire revenir les règles, soit encore pour rendre la virginité.

Dans nos possessions de la Cochinchine, l'avortement est fréquent ; plus fréquent encore au Cambodge, où les mariages sont tardifs et les fautes précoces.

Dans presque toute l'Asie, du reste, l'avortement est de pratique commune ; c'est une conséquence forcée du libertinage religieux et du célibat imposé aux veuves.

Les Hindous limitent volontairement leur progéniture, sans

avoir toujours recours à l'avortement ; mais, sous l'empire de la superstition qui joue un grand rôle, les femmes portent certains anneaux, boivent de l'urine de bélier, du sang de lièvre pour se rendre stériles.

Au Japon, l'avortement est permis dans le seul but d'éviter les charges de famille et un surcroît de dépense.

Dans les pays musulmans, la vie du harem engendre la dépravation, et les avortements sont fréquents. A Constantinople, des Juives font ouvertement métier d'avorteuses et tiennent boutique à cet effet. La loi, du reste, bien que contraire à ce crime, est indulgente et permet le rachat de la faute à prix d'argent.

Enfin, chez les Indiens, l'avortement est considéré comme une chose sans importance et assurément moins blâmable que de déshonorer une femme.

Des substances et des moyens employés pour amener l'avortement.

Pline, *Hist. nat.*, l. XX et XXVIII, nous apprend qu'Olympias, de Thèbes, attribuait à la mauve mêlée à la graisse d'oie le pouvoir de faire avorter. Pour provoquer le simple retour des menstrues, le peuple grec se servait d'une sorte de tampon de laine trempé dans la bile d'un taureau, et Olympias, pour rendre ce tampon abortif, y faisait ajouter de l'hysope et du sel de nitre.

Eléphantis, cité par Pline dans un autre passage, à propos des propriétés du sang menstruel, aurait, dès cette époque reculée, composé des livres sur les abortifs et les fards, livres qui ne sont pas parvenus jusqu'à nous.

D'après Suétone (*Vie de Tibère*, 45 et 46), Tibère, à Caprée, possédait un exemplaire du livre d'Eléphantis, auquel il attachait un grand prix et qui faisait, en son genre, le pendant du célèbre et licencieux tableau de Parrhasius.

Ce livre ne devait être cependant qu'un recueil de recettes la plupart infidèles, quelquefois ridicules ou même dangereuses, puisqu'il était arrivé jusqu'à Rome, et que, comme nous l'avons déjà dit, dans l'ancienne Rome on ne se servait que de breuvages

pour arrêter une grossesse dans son cours... C'est à peu près encore, dans tous les avortements clandestins, la seule pratique admise. Je fais exception pour les contrées civilisées de l'Europe, où les connaissances obstétricales ont fait tant de progrès depuis près d'un siècle.

Il est clair aussi que, dans les pays où l'avortement est permis ou seulement toléré, on emploiera, de préférence aux breuvages, si souvent inefficaces ou dangereux, des manœuvres brutales, qui, pour être plus sûres dans leurs résultats, sont loin d'être, elles aussi, exemptes de dangers.

D'une manière générale, les moyens d'avortement se perfectionnent à mesure que se multiplient les mobiles qui le déterminent.

Ainsi, pour commencer par les peuples les plus sauvages, les négresses, par exemple, emploient des écorces de koche et de sounaby, plantes de leur pays qui agissent à peu près comme le seigle ergoté.

A Karikal, M. Canol nous apprend que les indigènes emploient le cumin noir et l'anis, de la famille des renonculacées, savoir :

15 grammes comme emménagogues ;
30 — comme abortifs.

A plus forte dose, ces substances provoquent le vomissement et manquent leur effet. Elles ne sauraient donc être nuisibles.

D'après le docteur Bertherand, les femmes du nord de l'Afrique se servent d'une macération de feuilles de salsola ou de pêcher, ou bien encore de la sève de figuier mâle.

Aux grandes Indes, on a recours à un électuaire composé de rue, de pignon d'Inde, de cumin et de plumbago. Cet électuaire est très actif, mais il amène quelquefois la mort.

En Chine, pays qui fut longtemps à la tête de la civilisation en Orient, et où l'avortement se pratique si fréquemment, on vend publiquement comme remèdes abortifs : la graine de balsamine, le gingembre, l'absinthe, la sandaraque, le safran, les noyaux d'azerole, ceux de pêche et de merise, le musc, le camphre ; quatre espèces d'aconit ; la racine d'aréum, le *corydalis ambiguæ*, le fruit d'un *psoralea* (*p. rarifolia*), le *phytolacca* ; la racine de

pupalia, le rhododendron, l'if, le cumin noir, etc., etc. (Morache et Dudgeon).

Sans doute, l'action de beaucoup de ces substances est nulle, ou pour le moins douteuse. Il y a là une question de dose. Prises en grande quantité, plusieurs d'entre elles deviennent de véritables poisons; l'aconit l'est même à petite dose; mais toutes sont plus ou moins réputées comme emménagogues ou abortives.

Dans la Nouvelle-Calédonie, les femmes canaques emploient les fruits ou les bourgeons de bananier, afin de n'avoir pas à nourrir un trop grand nombre d'enfants. Elles les préparent d'une certaine façon et les avalent bouillants (Rochas).

Nous avons dit comment agissaient les prêtresses de l'île Formose. Tous les peuples qui ont recours à la violence font à peu près de même, et les Tasmaniennes, dont la race s'est éteinte dernièrement, obtenaient l'expulsion du fœtus, en se faisant frapper sur le ventre à coups redoublés par des vieilles femmes, Bonwick, *Daily life of the Tasmanians*).

Cette coutume de l'avortement n'a pas été une des moindres causes qui aient contribué à l'extinction complète de cette malheureuse population, dont le dernier représentant est mort en Angleterre en 1877.

Parallèle entre l'avortement dans les pays sauvages ou demi-sauvages et l'avortement dans les sociétés civilisées.

Contrairement à ce qui se passe dans les pays dont nous venons de parler, l'avortement est considéré comme un crime dans les sociétés modernes. Néanmoins, plus la civilisation est avancée plus fréquent est l'avortement.

Pour ne parler que de l'Allemagne, il se pratique largement; mais la vitalité prolifique de cette nation vient combler les vides produits par l'avortement, et la natalité générale du pays ne s'en ressent pas.

La France, hélas ! n'a pas échappé à cette peste sociale, qui, jointe à la pratique de la restriction malthusienne et à la stérilité

engendrée par les maladies utérines, fait décroître rapidement la natalité.

Les annales judiciaires sont remplies de jugements prononcés contre des sages-femmes qui continuent chez nous la pratique des *sagæ* de l'ancienne Rome.

Malheureusement, il faut bien le dire, quelques rares médecins se mêlent aussi d'avortement. Ce ne sont plus alors des breuvages qui sont employés, mais des manœuvres savantes que je n'ai point à décrire ici... En raison de ces moyens sûrs, qui laissent peu de traces, et de la facilité avec laquelle on peut cacher le corps du délit, les neuf dixièmes des coupables échappent à la loi.

Un des professeurs de notre Ecole a dit cette année en plein cours qu'une sage-femme lui avait avoué faire en moyenne cent avortements par an... A cent francs au minimum, on peut déjà se rendre compte du chiffre ! Certes, cette sage-femme, comme trop d'autres de ses collègues, gagne plus à tuer des enfants qu'elle ne gagnerait à les mettre au monde, si on peut appeler cela gagner.

Il y aurait mieux encore. D'après quelques médecins, il existerait à Paris des maisons spéciales où il se ferait un recrutement régulier, à l'aide d'entremetteuses qui cherchent les pratiques. Généralement, ce sont des marchandes à la toilette qui s'introduisent dans les intérieurs, en particulier chez les femmes entretenues, et, tout en offrant leur marchandise, s'informent de ce qui les intéresse, recommandent à la dame d'envoyer ses amies qui seraient *embarrassées*, et touchent un courtage raisonnable pour leur sinistre office. (Jules Rouyer.)

Aujourd'hui la réputation de Paris, à cet égard, est faite à l'étranger, et des dames de divers pays viennent ici se faire avorter.

Ces pratiques honteuses nuisent non seulement à la population du pays, mais déshonorent encore notre nation. La profession médicale est elle-même en cause, et le docteur Lutaud, dans son *Manuel de médecine légale*, dit que sur 604 condamnations, il y a 148 médecins ou sages-femmes de compromis.

Il faut donc des mesures sévères pour mettre un frein à cette série d'avortements. Cependant les mobiles qui déterminent ce

crime sont les mêmes en Europe que dans les pays sauvages ; sauf l'autorisation et la tolérance, comme dans l'île Formose, ce sont toujours des jeunes filles trompées ; quelquefois la misère ou bien le vice véritable ; plus rarement ce sera une femme mariée cachant une faute, car, avec nos lois, le pavillon conjugal couvre la marchandise.

Malheureusement le Code qui punit l'avortement ne fait rien pour prévenir ce crime. Réprimer, c'est quelque chose ; mais empêcher serait mieux.

Si la crainte du déshonneur pousse souvent la jeune fille abandonnée à l'avortement, quelquefois même altère son sens moral jusqu'à la conduire à l'infanticide, n'a-t-elle pas droit aux circonstances atténuantes, cette malheureuse ? et la société n'est-elle pas jusqu'à un certain point complice de son crime ?

Avec le mariage indissoluble, sans divorce, la recherche de la paternité n'étant pas admise et la suppression des tours maintenue, comment ne serait-il pas possible que le désordre fût partout, dans les mariages comme hors des mariages, chez les riches comme chez les pauvres ?

Moins excusables sont les femmes qui, à l'instar des grandes dames romaines, se font avorter par coquetterie, pour conserver leur fraîcheur et jouir des plaisirs du monde. Tout à fait coupables sont celles qui ne recherchent dans l'avortement que la possibilité de convoler à de nouvelles amours.

Toutes ces dernières sont sur le même rang que les sages-femmes qui déshonorent leur profession, en se livrant à une pratique réprouvée par la morale. Si les unes se rendent systématiquement stériles, les autres tarissent, pour un lucre honteux, le plus pur du sang de la France en détruisant dans leur germe les enfants de la patrie.

J'oserai, en terminant, blâmer encore la société qui n'arrache pas de son sein de si terribles abus. Trop sévère dans certains cas, le jury ne l'est pas assez dans d'autres.

Dans les nations où se passent de telles choses, soyons sûrs que l'esprit du devoir est affaibli. Le célibat, l'égoïsme, l'intérêt personnel dominent ; on craint la charge des enfants. La stérilité

volontaire et les avortements s'ensuivent; ou bien encore des naissances clandestines d'enfants bâtards ou adultérins.

Le bulletin de statistique municipale de la ville de Paris porte chaque semaine un écart considérable, pour les naissances illégitimes, entre les enfants reconnus immédiatement par l'un des deux parents, au moins, et ceux qui sont déclarés nés *de père et de mère inconnus*. Ainsi, du 11 au 17 avril dernier, sur un total de 324 naissances illégitimes, 57 étaient dans le premier cas, 267 dans le second !

Dans le même temps, il naissait 897 enfants légitimes, ce qui porte à 36 pour 100 le chiffre des naissances illégitimes.

Que serait-ce donc du chiffre des avortements que les accoucheurs disent être plus fréquent que celui des accouchements ? (Pajot.)

Si l'on ajoute à cette cause puissante de dépopulation la restriction calculée dans la fécondité des mariages, on arrive à expliquer l'arrêt de la natalité dans toute une contrée.

C'est ainsi que dans les sociétés civilisées, sous les apparences d'un luxe trompeur, les nations reculent et finissent par périr vaincues, écrasées !

Tel a été le sort de l'empire romain, tel serait le nôtre, si nous n'y mettions promptement ordre.

Nous bornerons là ces leçons, Messieurs. Permettez-moi de vous remercier, en terminant, de l'attention soutenue que vous m'avez prêtée sur un sujet si difficile et si nouveau.

Vous avez vu, dans ces leçons, j'en suis sûr, autre chose qu'un simple attrait de curiosité ; c'est qu'en effet, dans l'étude des accouchements comparés suivant les différentes races humaines, il y a en germe, outre les questions d'anthropologie, d'ethnologie, d'anatomie et de physiologie comparées, il y a, dis-je, un élément important d'avenir pour la puissance coloniale de la France.

C'est à cet intérêt majeur, Messieurs, à ce diamant à peine dégrossi, bien plus qu'à nos propres efforts, que je dois mon succès près de vous. Au nom de mon pays et au mien, je vous en remercie doublement.

REVUE ANALYTIQUE DE GYNÉCOLOGIE ÉTRANGÈRE

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE.

SÉANCE DU 7 JANVIER 1886.

Présentation des pièces. — Le Dr Haward A. Kelly a présenté des pièces récentes de pyosalpingite, d'hydrosalpingite et de papillome du hile avec épaississement gélatinoïde de la trompe de Fallope, dont il donnera les observations plus tard.

Le Dr Goodell a déclaré que, bien qu'il reconnaisse la nécessité d'opérer dans les cas de pyosalpingite, il ne croit pas utile de le faire dans l'hydrosalpingite. Il se refuse à opérer dans des cas dans lesquels l'ovaire contient un kyste de la grosseur d'une orange, où dans lesquels la trompe peut acquérir la largeur du pouce, toutes les fois que les souffrances de la malade et les symptômes généraux ne sont pas assez graves pour motiver l'opération.

Dans certains cas, le traitement médical suffit sans qu'il soit besoin de recourir à l'opération. Il trouve que l'erreur de l'époque consiste dans la trop grande tendance à intervenir chirurgicalement.

Statistique d'une année de laparotomie. — Le Dr Goodell a communiqué à la Société une statistique de 44 opérations de laparotomie qu'il a faite dans l'année, sur lesquelles il a obtenu 40 guérisons et 4 morts.

Ces opérations se répartissent de la façon suivante :

	Cas.	Morts.	Guérison.
Ovariotomies	28	2	26
Oophorectomies	9	1	8
Hystérectomies	2	1	1
Incisions exploratrices	4	—	4
Abcès pelviens	1	—	1
	44	4	40

Sur ces quarante-quatre cas, vingt-cinq ont été opérés à son hôpital particulier avec deux morts ; douze, à l'hôpital de l'université de Pensylvanie avec une mort ; et sept au domicile des malades avec une mort. Sur ces quatre morts, une seule est due à la septicémie. C'était une oophorectomie pratiquée dans une chambre privée de l'hôpital de l'université. La septicémie du pus fut causée par la pénétration dans la cavité péritonéale. Une autre mort provient du *shock* à la suite de l'ablation de l'utérus qui contenait un énorme fibrome avec adhérences nombreuses. Les deux autres morts, à la suite d'ovariotomies, ne sont pas dues à la septicémie.



SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1886.

Quatre cas de lacération du col de l'utérus provoquant des symptômes uniques. — Le Dr Meigs Wilson a communiqué à la Société quatre cas de lacération du col utérin ayant entraîné des symptômes nerveux réflexes graves. Il les a choisis parmi un grand nombre de cas opérés par lui pour apporter des preuves nouvelles à l'appui de la théorie qui admet que, dans la grande majorité des cas, la destruction du contour naturel du col peut devenir le point de départ de symptômes graves attribués à des lésions de divers organes, qui ne sont, en réalité, que des troubles réflexes que la guérison de la déchirure du col fait disparaître assez promptement. La subinvolution avec ses conséquences, prolapsus, hyperémie, hypergenèse de tissus, ectropion de la muqueuse cervicale, inflammation résultant du frottement de la muqueuse du canal cervical renversée, contre la paroi vaginale postérieure, qui se présente dans les cas négligés de lacération du col sont, sans aucun doute, les facteurs principaux de l'irritation pelvienne, dans un grand nombre de cas, et il est facile de voir combien les conditions peuvent créer de troubles du côté des organes de l'appareil utéro-ovarien, utérus d'abord, trompes et ovaires secondairement.

Dans le premier cas, une dame de 32 ans, mère de trois enfants, avait une tumeur de la dimension d'une tête de fœtus dans la

région lombaire droite et dans la moitié droite de la région ombilicale. On avait diagnostiqué un *rein flottant* et conseillé l'opération. Après un examen attentif, le Dr Wilson reconnut une déchirure bilatérale étendue du col de l'utérus. Le contour du col fut réparé, et malgré l'existence du rein flottant dont l'extirpation n'était en rien justifiée, tous les symptômes douloureux ont disparu.

Dans le second cas, une mère de deux enfants, chez laquelle on avait porté le diagnostic de cancer du rectum justifié par un écoulement purulent de très mauvaise odeur, par des selles couleur de marc de café et par la présence dans le rectum d'une surface ulcérée dont l'examen microscopique n'avait en aucune façon révélé l'existence d'une affection maligne, fut examinée par le Dr Wilson qui découvrit, à l'examen par le spéculum, une déchirure bilatérale étendue du col avec rétroflexion prononcée. La malade ne présentait aucun symptôme de cachexie. L'utérus fut replacé dans sa position normale et la déchirure réparée. La malade a complètement guéri et n'a jamais vu reparaître, depuis l'opération, aucun symptôme douloureux.

Le troisième cas était celui d'une femme de 22 ans, atteinte d'une violente névralgie ovarienne à exacerbations menstruelles qui présentait aussi par moment une véritable monomanie du suicide souvent très aiguë. On avait diagnostiqué une pyosalpingite et conseillé l'oophorectomie. L'examen fit constater une déchirure bilatérale du col s'étendant à gauche, jusqu'à la jonction du vagin au col. La déchirure réparée, les symptômes disparurent complètement.

Enfin, dans le quatrième cas, une malade, mère de cinq enfants, avait été enfermée pendant quatorze mois dans un asile d'aliénés et présentait le type complet de la folie.

L'examen démontra l'existence d'une déchirure étendue du col. La trachélorraphie amena l'amélioration immédiate des symptômes et, trois mois après, elle était rendue à sa famille complètement guérie.

Hématôme de l'ovaire avec adhérence de la trompe de Fallope. — Le Dr Howard A. Kelly présente à la Société deux pièces

résultant de deux opérations d'hématomes de l'ovaire avec adhérences des trompes. Ces cas d'affections graves des ovaires et des trompes, peu fréquents en comparaison des kystes de l'ovaire, sont de ces cas dans lesquels les modifications de volume, de consistance et de structure sont assez grandes pour offrir un appoint suffisant à un diagnostic précis résultant d'un examen bimanuel habilement pratiqué.

L'ovaire augmenté de volume est rempli par un caillot mou, gélatiniforme, d'un côté, dur, fibreux, de l'autre, et probablement intimement uni au tissu de l'ovaire. Ce caillot est entouré d'une coque de tissu ovarien d'apparence normale dans lequel on voit un grand nombre de follicules et une ancienne tache jaune. Un trait distinctif remarquable est la manière dont l'extrémité de la trompe est étendue, comme un suçoir, sur la surface de l'ovaire et collée par des adhérences, de telle sorte que la ligne de séparation entre la trompe et l'ovaire est faiblement indiquée. Sur la ligne de jonction, de nombreux vaisseaux courent en rayonnant autour de l'ovaire.

Pyosalpingite. — Le Dr J. Price présente une pièce résultant d'une opération faite à une malade dans un état typhoïde grave avec élévation de la température vespérale, émaciation, pouls petit, douleurs à la marche.

Bien qu'il ait dû y avoir certainement un écoulement de pus antérieurement, il s'en écoula, au moment de l'opération, deux onces environ (1). La trompe était de la largeur du doigt, de consistance caséeuse et friable. Les adhérences étaient nombreuses, mais se détachaient facilement. On pratiqua le drainage de la cavité abdominale pendant plusieurs jours.

Sarcome diffus de l'utérus avec métastase dans le foie et les poumons. — La pièce présentée par le Dr Beates provient d'une malade qui avait joui de la meilleure santé jusqu'au développement de cette affection, qui avait été réglée à 16 ans et avait eu quatre enfants. Il n'y avait pas d'apparence d'hérédité, au sujet de l'affection néoplasique. Cinq ans après la ménopause qui avait eu lieu à 43 ans, sans accidents, une hémorrhagie se produisit et

(1) 62 grammes.

dura plusieurs jours. Elle ne s'en préoccupa pas, pensant que c'était le retour de ses règles. Plus tard, elle fut atteinte de pertes purulentes abondantes. La maladie s'accrut rapidement, le vagin s'emplit de masses néoplasiques qui rendaient l'examen de l'utérus impraticable et enfin la mort survint promptement.

A l'autopsie, le Dr Formad trouva les sommets des poumons et les bords inférieurs et postérieurs envahis par des masses nodulaires. La surface du lobe gauche du foie était le siège de dépôts qui ressemblaient au carcinôme encéphaloïde. Les ganglions lymphatiques étaient normaux. L'utérus était augmenté de volume ; ses parois amincies se déchiraient facilement. En l'ouvrant, on le trouva entièrement détruit par le processus ulcératif qui avait surtout attaqué le fond. Le bassin était occupé par des masses morbides et le vagin entièrement détruit. La vessie n'était pas atteinte ; l'urèthre était ulcéré ; le rectum était indemne. Le microscope permit de reconnaître les petites cellules du sarcome qui constituent une variété particulièrement propre à la métastase.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE. — SECTION D'OBSTÉTRIQUE.

ASSEMBLÉE ANNUELLE TENUE A CARDIFF.

Existence latente et production insidieuse de graves symptômes en rapport avec l'état puerpéral, par le Dr Priestley. Lorsqu'une accouchée est atteinte d'accidents puerpéraux, ceux-ci se montrent ordinairement dans les dix jours qui suivent la délivrance et se manifestent par des signes non équivoques et assez nets pour attirer l'attention du médecin.

C'est pour cette raison que les femmes accouchées dans les maternités ont la permission de sortir dix à quatorze jours après l'accouchement. Mais il se produit encore assez fréquemment des cas dans lesquels la marche des accidents puerpéraux est plus insidieuse et dans lesquels ils ne se manifestent qu'à une période beaucoup plus reculée.

Le Dr Priestley cite, à l'appui de sa communication, quatre ob-

servations, comme exemples de cette incubation lente et insidieuse d'accidents puerpéraux graves.

Dans la première, 28 jours après la délivrance et dans la seconde, à la fin de la cinquième semaine, les accidents se produisent sous la forme des douleurs du rhumatisme articulaire aigu. Le premier cas se termina par la mort, le second par la guérison.

Dans la troisième, il se fit un abcès phlegmoneux du mollet après le 24e jour et, dans la quatrième, un abcès de la fosse iliaque droite survint après un mois et demi. Ces deux derniers cas se terminèrent par la guérison.

Outre ces quatre faits, il a vu des cas de phlegmasia alba dolens non limitées aux membres inférieurs, mais s'étendant jusqu'aux extrémités supérieures, des collections purulentes dans la fosse, cinq semaines après la délivrance, emportant les malades à la suite d'épuisement dû à l'abondance de la suppuration, des cas de thromboses et d'embolies des artères fémorales et brachiales, dans lesquels les symptômes dominants avaient été des douleurs de forme rhumatismale dans les membres et une excitation continuelle qu'on avait attribuée à l'hystérie.

La question intéressante est de déterminer la cause sous l'influence de laquelle se développent, d'un côté, les accidents puerpéraux rapides, de l'autre, les cas tardifs et insidieux. S'ils sont dus à des germes organiques contenus dans le sang, comme on l'admet généralement, ces germes sont-ils identiques, la dose étant plus forte dans le premier cas que dans le second, ou sont-ils de nature essentiellement différente ?

En tout cas, comme il est probable que tous les germes de la maladie sont apportés du dehors, et que ceux d'une nature moins virulente ne trouvent à se développer que chez la femme dont la santé est au-dessous de l'état normal, il est possible, dans certains cas, de prévenir la maladie en fortifiant la santé de la malade et en usant des précautions antiseptiques pendant et après la délivrance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DISTRICT DE SUFFOLK.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Môle hydatiforme de l'utérus. — Le Dr W. A. Dunn fut appelé, au mois de juillet 1885, chez une dame supposée enceinte de 5 à 6 mois, atteinte d'une hémorrhagie très abondante.

Après avoir dilaté l'orifice utérin, suffisamment pour y introduire deux doigts, il diagnostiqua l'existence d'un placenta prœvia qu'il se mit en devoir d'extraire. Puis, l'hémorrhagie ayant cessé, il continua la dilatation jusqu'à ce qu'il pùt introduire la main dans la cavité utérine. Mais, à son grand étonnement, au lieu de rencontrer un fœtus, il trouva une masse kystique ronde, molle, qu'il put extraire facilement et qui n'était autre chose qu'une môle assez volumineuse pour remplir un vaste bassin.

La malade guérit parfaitement avec le traitement ordinaire des suites de couches.

Le ventre, chez cette malade, avait été, il est vrai, plus développé qu'il ne l'est d'habitude, pour une grossesse de six mois ; mais il n'y avait rien de bien prononcé dans cette exagération de développement ; il n'y avait eu aucun écoulement caractéristique ; en un mot, la grossesse n'avait pas présenté d'anomalies suffisantes pour attirer l'attention.

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE DE BALTIMORE.

SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1886.

Diagnostic d'une tumeur fibro-cystique de l'utérus. — Laparotomie et amputation supra-vaginale de l'utérus, par le Dr A. F. Erich. — Le 15 décembre 1885, s'est présentée à l'hôpital des femmes de Maryland une femme de 40 ans qui n'avait jamais eu ni enfants ni fausses couches et qui portait une tumeur volumineuse dans le bas-ventre. Elle était très anémiée et sujette à des nausées, des vomissements et de la diarrhée.

L'examen révéla l'existence d'une tumeur dépendant de l'uté-

rus, s'étendant du pubis presque jusqu'à l'ombilic, mobile et faisant suite au col utérin. Une ponction aspiratrice amena l'écoulement d'un liquide incolore ressemblant à du sérum qui ne fournit à l'examen microscopique aucun élément caractéristique pour le diagnostic. Le diagnostic de tumeur fibro-cystique interstitielle fut porté, suivant la définition du professeur Billroth, d'après lequel toutes les tumeurs qui contiennent du liquide dans leur stroma sont des tumeurs fibro-cystiques et des myxomyomes qu'il serait, d'après Gusserow, même avec l'examen microscopique, bien difficile de différencier du sarcome.

L'opération, malgré les dangers qu'elle pouvait présenter, fut acceptée par la malade et exécutée le 1er février avec les précautions antiseptiques habituelles.

L'incision abdominale, faite sur la ligne blanche, s'étendait d'un pouce 1/2 (1) au-dessus du pubis à un pouce (2) environ au-dessus de l'ombilic, et donna issue à l'utérus et aux ovaires très augmentés de volume. Il n'y avait pas d'adhérences. Un tube d'Esmarch, de la grosseur du petit doigt, fut placé sur le col et la section de l'utérus fut faite, en ayant soin de laisser assez de tissu du col pour éviter le glissement du tube. Les bords furent réunis par une première rangée de sutures profondes pour prévenir l'hémorrhagie et par une seconde superficielle pour réunir les bords du péritoine.

L'incision abdominale fut fermée par des sutures profondes et superficielles. Par une ouverture dans le cul-de-sac de Douglas, on fit passer un tube à drainage ressortant à la vulve et maintenu dans le vagin par du coton salicylaté.

La tumeur était fixée à la paroi antérieure et au fond de l'utérus. Le poids de la tumeur et de l'utérus était de 3 livres 8 onces (3). La tumeur sectionnée présentait une coloration rosée, un tissu transparent formé d'un réseau délicat de fibres et de vaisseaux capillaires séparés par un liquide limpide et clair, le tout ressem-

(1) 3 centimètres et 8 millimètres, environ.

(2) 2 centimètres 1|2.

(3) Environ 1,368 grammes 50 centigrammes.

blant énormément à une section dans du tissu conjonctif œdématié et se rapprochant beaucoup de la description de myxomyôme donnée par Virchow.

L'opérée succomba quelques jours après l'opération. D'après le Dr Keirle's, la cause de la mort doit être attribuée à une asthénie cardiaque et à une thrombose. L'absence de pus dans la cavité abdominale et la présence de gros caillots trouvés dans le cœur et dans les vaisseaux pulmonaires prouvent que la septicémie avait été évitée grâce au drainage.

R. F.

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE

M. le Dr Chéron.

—

CURABILITÉ ET TRAITEMENT DE LA RÉTROFLEXION.

Messieurs,

La rétroflexion utérine est une des affections dont je vous ai le plus souvent entretenus ; vous savez qu'elle est liée à l'arrêt de l'involution de l'utérus après un accouchement ou une fausse couche ; vous en connaissez les signes physiques que l'examen bi-manuel et le cathétérisme à l'aide d'hystéromètres souples permet de constater : vous n'ignorez pas, enfin, qu'elle s'accompagne de symptômes locaux très pénibles, tels que douleurs lombaires pouvant s'irradier jusque vers la partie interne des cuisses, sensation de pesanteur, envies fréquentes d'uriner, souffrances horribles toutes les fois que la malade veut aller à la garde-robe, etc., et de troubles de la santé comme difficulté de la marche, perte des forces et de l'appétit, vomissements rebelles et gonflement douloureux des seins. Le rapport qui existe entre la rétroflexion, la dysménorrhée, les ménorrhagies et la stérilité vous a également frappé, dans les cas que j'ai pu soumettre à votre observation.

La question que je veux étudier aujourd'hui devant vous est celle de la curabilité et du traitement de cette variété très impor-

tante et très fréquente de déviation utérine. Mais auparavant, laissez-moi vous rappeler en quelques mots l'histoire de la malade qui fait l'objet de cette leçon.

C'est une jeune femme de 24 ans qui a eu deux enfants, le dernier il y a 3 ans. Cette malade qui est une lymphatique de la campagne, jouissant d'une bonne constitution, nous a été adressée par notre excellent confrère, le Dr Quintard, de Montereau. Quoique habitant la campagne, cette personne ne se livre pas aux travaux des champs ; elle est mariée avec un employé du chemin de fer.

A son dernier accouchement, elle est restée au lit pendant cinq jours, et presque aussitôt, elle a éprouvé une sensation pénible dans le ventre et une difficulté très grande pour aller à la selle. Ce n'est que plus tard qu'elle se décida à consulter notre confrère, qui constata l'existence d'une regression incomplète avec rétroflexion, un volume considérable du col et du corps et des adhérences nombreuses.

Elle a été soumise jusqu'ici au traitement suivant : pansements glycéro-tanniques iodés, scarifications qui ont décongestionné l'utérus et diminué son poids et son volume ; notre confrère a pratiqué plusieurs ignipunctures grâce auxquelles l'organe ne mesure plus que 7 centimètres, au lieu de 10 centimètres que donnait le cathétérisme, au début. En même temps les adhérences péritonéales, constatables encore aujourd'hui par le toucher vaginal, mais beaucoup moins tendues et moins rigides qu'autrefois, ont été peu à peu allongées et relâchées par des séances répétées de réduction à l'aide de la position génu-pectorale.

Après chaque séance, la malade éprouve un bien-être considérable pendant une quinzaine de jours, puis, à propos d'un effort, d'une fatigue, la déviation se reproduit et les malaises habituels reviennent immédiatement. Il s'agit donc, actuellement, de réduire à nouveau l'utérus et de maintenir la réduction, et, comme ici nous avons un peu d'engagement en descente en même temps que rétroflexion, le pessaire en bilboquet est, à mon avis, celui de tous ces instruments qui permettra le mieux d'atteindre ce résultat.

Au toucher, je trouve dans le cul-de-sac postérieur une masse ronde, dure, faisant suite au col dont la direction est normale, l'orifice entr'ouvert et la lèvre postérieure un peu inégale et mollasse au-dessous de l'orifice ; la masse dure constatée dans le cul-de-sac postérieur est bien le corps de l'utérus, car en appuyant d'avant en arrière sur la lèvre antérieure du col, on sent cette masse qui s'éloigne du doigt ; elle fait un angle obtus avec le col, au lieu de l'angle aigu que j'avais constaté la première fois que je vis la malade. Je retrouve les brides péritonéales dont je vous ai parlé, en soulevant le col, ce qui les met en tension. La réduction, comme vous le voyez, se fait assez facilement.

Au spéculum, nous voyons une chose bien faite pour attirer votre attention : le col n'est ni œdémateux ni congestionné, bien qu'il existe un début d'ectropion de la lèvre postérieure. Si le tissu de l'organe résiste ainsi, c'est qu'il a été le siège d'une série d'ignipunctures.

L'examen bi-manuel m'ayant indiqué quel est approximativement le degré de la déviation, je prends un hystéromètre en étain, dont vous connaissez la flexibilité, et après quelques tâtonnements, je parviens à l'introduire jusqu'au fond de l'utérus ; vous voyez qu'il est retenu par l'angle de flexion qui existe au niveau de l'isthme. Il nous donne comme longueur 7 centimètres, et nous montre que la flexion est assez considérable encore, puisqu'elle est représentée exactement par la courbure que j'ai dû donner à l'instrument pour faire le cathétérisme.

Nous allons maintenant procéder à la réduction de l'utérus.

La malade prend d'elle-même la position génu-pectorale dont elle a pu apprécier déjà l'utilité, c'est-à-dire qu'elle se place sur un plan horizontal, les cuisses fléchies sur les jambes de façon que les ischions touchent aux talons, elle incline la poitrine fortement en bas en s'appuyant sur les coudes rapprochés du corps, en sorte qu'elle se fait ainsi une véritable ensellure.

Dans cette position le fond de l'utérus abandonne de lui-même la concavité du sacrum pour s'incliner en avant quand je dilate le vagin, la pulpe des doigts dirigée en haut, jusqu'au fond du cul-de-sac antérieur et je repousse en haut, c'est-à-dire vers la concavité sa-

crée, le col de l'utérus. Pendant ce temps, le fond de l'organe s'incline vers les pubis et la masse intestinale vient se placer entre lui et le sacrum, ce qui se produit encore plus rapidement pendant que je fais tousser la malade. Je m'assure de ce fait en ce que, retirant les doigts légèrement, je ne sens pas le col suivre le retrait de mes doigts. Je fais alors redresser la malade très lentement, tout en maintenant le col en arrière et en haut, puis elle se penche en avant et se redresse une seconde fois, toujours avec la même lenteur. La réduction semblant obtenue, je fais tenir la malade debout pendant quelques minutes, puis elle se place sur le fauteuil, dans la position ordinaire de l'examen au spéculum.

Au toucher le col est dirigé en arrière et le fond en avant ; je mets le col à nu au moyen du spéculum et je constate que je ne puis plus introduire la sonde avec la courbure de tout à l'heure.

Vous voyez que je suis obligé de donner à l'hystéromètre la courbure normale et de diriger la concavité de la courbe en avant pour arriver jusqu'au fond de l'utérus. La réduction est donc bien obtenue ; elle est aussi parfaite que possible ; comment allons-nous la maintenir ?

L'utérus s'engageant en descente dans le cas que nous considérons, le pessaire de choix est ici le pessaire en bilboquet que vous connaissez bien et dont vous avez pu, maintes fois, constater l'utilité contre l'engagement de l'utérus en descente, chute ou prolapsus.

Cet instrument en buis, formé d'une cupule hémi-sphérique de diamètre approprié au volume du col, supportée par une tige droite de 10 centimètres environ de longueur, est enduit d'un corps gras sur sa surface externe.

Le tenant de la main droite, tandis qu'avec deux doigts de la main gauche j'écarte l'une de l'autre les petites lèvres, le siège étant bien dégagé et les ischions étant bien tangents aux bords du fauteuil, je déprime fortement la fourchette avec le segment postérieur du bilboquet. Tout en déprimant la fourchette, je prie la malade de soulever le siège, ce qui me permet d'engager le pessaire sans craindre de blesser le bulbe de l'urèthre, accident sérieux qu'il faut éviter à tout prix. Il me suffit alors d'imprimer au manche

un léger mouvement de bascule pour voir l'instrument, aspiré pour ainsi dire par le col, aller l'embrasser exactement. Le voilà en place ; il faudra désormais un effort assez considérable pour le faire sortir, car il est maintenu par la pression atmosphérique et, pour le retirer sans violence, il faut luxer l'instrument afin de permettre l'entrée de l'air entre la cupule du bilboquet et le col qui y est contenu.

Dans un effort énergique, lorsque le vagin est très relâché, le pessaire pourrait cependant être expulsé ; aussi allons-nous le maintenir par un simple bandage en T qui ne peut nullement gêner la malade.

En résumé, messieurs, vous voyez que la rétroflexion est une affection qui, avec beaucoup de patience et de soins, est susceptible toujours d'une grande amélioration, et souvent, je puis l'affirmer, d'une guérison presque complète. Le regretté gynécologiste de Montpellier, M. Courty, s'élevait contre le pronostic classique de la rétroflexion et me disait, peu de temps avant sa mort, en avoir guéri un certain nombre. Je ne puis pas, moi non plus, souscrire à l'incurabilité de cette affection, proclamée par M. Pajot, dans un article récent, fort intéressant et fort savant d'ailleurs. Je serai heureux si j'ai pu vous faire partager l'opinion que je défends ; la malade qui a fait le sujet de cette leçon reviendra du reste à la clinique et vous pourrez juger par vous-mêmes des résultats du traitement que vous m'avez vu mettre en œuvre.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

TUMEURS VÉGÉTANTES DU PÉRITOINE PELVIEN.

M. Péan fait sur les tumeurs végétantes du péritoine pelvien une communication qu'il résume dans les propositions suivantes :

1° Il existe un groupe de tumeurs particulières au péritoine

pelvien constituées par la production, à la surface de ce feuillet séreux, de végétations multiples, mollasses, assez analogues à du frai de grenouilles, susceptibles de prendre la disposition arborescente.

2° Ces tumeurs peuvent se présenter sous trois types : le premier, caractérisé par des masses disséminées sur le péritoine pelvien ; le deuxième, sous forme de tumeurs solides ou demi-liquides, bien circonscrites, qui occupent à la fois le péritoine pelvien et les annexes de l'utérus ; le troisième, remarquable par la formation de masses kystiques volumineuses à forme à la fois aréolaire et végétante.

3° Ces tumeurs ont été confondues à tort jusqu'ici avec certaines variétés d'affections malignes du péritoine, de l'utérus, des ovaires et des ligaments larges, dont elles se distinguent en réalité par leurs caractères anatomiques, leur marche et le pronostic qui leur est applicable.

4° Elles sont susceptibles d'être traitées et guéries par un procédé d'intervention chirurgicale qui nous est propre.

5° Chez les malades que nous avons opérées, nous n'avons pas jusqu'ici observé de récidive, bien que chez quelques-unes notre intervention remonte à un assez grand nombre d'années.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 *avril* 1886.— *Présidence de* M. Horteloup.

BLESSURE D'UN FŒTUS DANS LA CAVITÉ UTÉRINE PAR UNE PLAIE FAITE A LA MÈRE.

Le Dr Guelliot, de Reims, a présenté une observation intéressante, sur laquelle M. Berger a fait un rapport.

Il s'agit d'une femme enceinte de huit mois qui reçut un coup de couteau à la fesse ; elle perdit environ 2 litres et 1/2 de liquide sanguin et accoucha le lendemain matin d'un enfant mort. M. Guelliot reconnut sur le pariétal gauche de cet enfant une plaie très nette avec une fente osseuse ; il y avait eu blessure du fœtus dans l'utérus. Il y avait donc à craindre chez la mère des accidents de péritonite ou le retour d'hémorrhagies graves. Pourtant cette femme guérit sans aucune complication. Les faits de ce genre sont rares. La plaie de la fesse avait été

faite à 10 centimètres du grand trochanter. M. Guelliot reproduisit cette blessure sur le cadavre et constata que le péritoine, dans ces conditions, n'est pas traversé ; mais le nerf sciatique et l'artère ischiatique sont lésés. La femme observée par M. Guelliot a présenté une anesthésie indiquant que le nerf sciatique avait été touché. Il est probable que l'écoulement qu'elle a présenté au moment de la blessure n'était autre que le résultat de la rupture de la poche des eaux.

Séance du 12 *mai* 1886 — *Présidence de M.* HORTELOUP.

TUMEUR FIBREUSE UTÉRINE COMPLIQUÉE DE GROSSESSE.

M. LE FORT communique l'observation d'une malade qui avait été accouchée par M. Terrier l'année dernière et qui portait un fibrôme de l'utérus. Après l'avoir examinée attentivement et après avoir reconnu l'existence d'une tumeur dure, bosselée, il soupçonna, par suite de l'arrêt des règles et d'autres signes, qu'il pouvait y avoir aussi une grossesse. Cependant, sur l'insistance de la malade, il s'était décidé à l'opérer ce matin même, quand on constata dans le ventre des mouvements spontanés. Il semble que ce soit sous l'influence de la période d'excitation de la chloroformisation que le fœtus ait eu ces mouvements. Peut-être y a-t-il là un moyen de diagnostic dont il y aurait lieu de tenir compte.

M. GUÉNIOT dit que dans ces cas de doute il ne faut pas craindre de multiplier les examens. Il y a, en outre, un signe qu'il faut rechercher, c'est la contractilité utérine sous l'influence du palper abdominal ou d'autres excitations.

M. Terrier conteste la valeur de ce signe qui existe également dans certains cas de tumeurs fibreuses.

Sur l'observation faite à M. Le Fort par M. Polaillon s'il avait fait le cathétérisme utérin, M. Guéniot observe qu'il faut bien s'en abstenir.

Il rappelle une observation qu'il a recueillie avec M. Marchand et dans laquelle on croyait avoir affaire à une grossesse extra-utérine. Ayant perçu une certaine contractilité de la tumeur fluctuante qu'il sentait par le toucher, M. Guéniot réforma le

diagnostic de grossesse extra-utérine et peu de temps après la malade accoucha.

M. Trélat a été récemment consulté par un jeune chirurgien de province relativement à une tumeur abdominale d'un diagnostic difficile. Dans le doute, M. Trélat proposa d'attendre, puisqu'il n'y avait rien de pressant, et quelques mois après il apprit l'accouchement normal de cette femme.

M. Polaillon dit que quand il s'agit d'un corps fibreux et qu'il y a des doutes sur l'existence d'une grossesse, il faut recourir au cathétérisme utérin. Quel en serait le danger? L'avortement? Où serait le mal chez une femme atteinte de tumeur fibreuse? En outre, fait avec précaution, ce cathétérisme peut ne pas déterminer l'avortement.

Séance du 19 *mai*

TRANSFORMATIONS ET RÉCIDIVES DE CERTAINS KYSTES MULTILOCULAIRES DE L'OVAIRE.

M. Terrillon rappelle que, au mois d'août 1885, il avait présenté à la Société un certain nombre de faits tendant à prouver que certains kystes ovariques multiloculaires peuvent récidiver et amener des productions secondaires que ne peut faire soupçonner aucun caractère extérieur.

Des observations récentes de M. Terrillon, il résulte pour lui que, pendant l'évolution d'un kyste ovarique multiloculaire, l'autre ovaire peut être envahi par une tumeur qui n'est pas de même nature et qui est sarcomateuse. C'est là un fait rare assurément, mais qu'il ne faut pas perdre de vue. Y a-t-il coïncidence? Y a-t-il rapport direct? L'examen microscopique peut seul aider à donner une réponse.

Il est reconnu que tout kyste multiloculaire constitué par une formation épithéliale, peut contenir dans l'épaisseur de ses parois des éléments sarcomateux ou carcinomateux, qui pourront se développer ultérieurement.

M. Terrillon se résume en disant que les kystes de l'ovaire multiloculaires doivent être examinés de près, car leur malignité est souvent à craindre.

M. Verneuil fait observer qu'il y a des papillômes bénins et des papillômes malins, ce qu'il ne faut pas perdre de vue pour

le pronostic. La communication de M. Terrillon est curieuse assurément, car il est rare d'observer l'asymétrie pathologique dans les organes similaires.

Séance du 26 mai. — Présidence de M. Horteloup.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE.

M. Follet (de Lille) fait une communication sur un cas de guérison de fistule vésico-utérine par un procédé nouveau qui consiste à dilater largement l'urèthre avec le dilatateur de Dolbeau, à y introduire le doigt jusqu'à la fistule, à décoller l'utérus de la vessie, à tirer le col utérin à la vulve, à présenter aussi à la vulve la paroi de la vessie atteinte de fistule et à suturer directement cette fistule par quatre points de suture. Le résultat a été très satisfaisant.

M. Verneuil n'attire jamais l'utérus et opère toujours en place. Il croit que cela est préférable. Dans les cas de fistules vésico-utérines, il propose de faire une résection cunéiforme du col utérin, ce qui permet d'arriver facilement jusqu'à la fistule.

Séance du 2 juin 1886. — Présidence de M. Horteloup.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.

M. Terrier communique la relation d'une quatrième opération d'hystérectomie vaginale qui lui a donné un succès opératoire assez rapide, puisque l'opérée a pu se lever le vingt et unième jour.

La malade, âgée de 44 ans, était entrée à l'hôpital Bichat, le 18 mars 1886, pour y être traitée d'une affection épithéliale du col utérin. Elle avait des pertes blanches séreuses fort odorantes et très abondantes. En outre, elle perdait des caillots volumineux lors de ses époques, toujours régulières ; pas de douleurs lombaires ; état général satisfaisant.

Après avoir préparé la malade par des injections avec la solution de sublimé au millième, faites trois fois par jour pendant douze jours et suivies chaque fois de l'application d'un tampon d'ouate iodoformée dans le vagin, M. Terrier pratiqua l'opération le 30 mars avec l'aide de M. le docteur G. Richelot.

L'opération, faite très méthodiquement et sans incidents, dura près d'une heure et demie. Pansement avec des tampons d'ouate iodoformée placés dans le vagin autour et entre les pinces à pression qui avaient servi à arrêter l'écoulement du sang. Deux tampons d'ouate iodoformée sont placés sur la vulve et maintenus en position par de l'ouate phéniquée et un bandage en T.

Les suites de l'opération furent très heureuses. Le vingt-deuxième jour, la malade put se lever ; le 6 mai, c'est-à-dire 36 jours après l'opération, elle quitta le service.

L'examen histologique de la tumeur pratiqué au laboratoire du collège de France par M. le docteur Poupinel a permis de s'assurer qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé. A gauche, la section paraît avoir porté sur des tissus envahis par le néoplasme ; on peut donc craindre de n'avoir pas dépassé les limites de l'altération épithéliale.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS.

Séance du 23 avril 1886. — Présidence de M. CORNIL.

M. POTOCKI présente des pièces provenant d'une femme qui, depuis quatre ans, offrait des symptômes qui avaient fait porter le diagnostic de fibrôme sous-péritonéal avec poussées de pelvi-péritonite. Après des séries d'amélioration et de rechutes, elle entre chez M. Siredey dans un état de cachexie avancée ; on diagnostique un fibrôme kystique, puis on fait une ponction qui donne issue à un liquide renfermant des crochets. La suppuration se produit et est suivie de mort.

A l'autopsie, on trouve de nombreuses adhérences péritonéales ; l'épiploon forme en avant une sorte de triangle, à l'extrémité inférieure duquel est un kyste gros comme un petit œuf, et mobile dans la cavité abdominale ; d'autres petits kystes sont répandus dans l'épiploon. En arrière et à gauche de l'utérus, on trouve la poche qui a suppuré, occupant la place de l'ovaire, dont il ne reste plus trace, et de nombreux petits kystes dans l'épaisseur du ligament large. L'ovaire droit a également disparu et semble remplacé par un kyste moins volumineux que le précédent.

Le même auteur présente un fœtus chez lequel on trouve un

orifice dans la partie gauche du diaphragme, orifice de la largeur d'une pièce de 2 francs, à travers lequel passent une partie de la rate, de l'intestin grêle et du gros intestin. On trouve en outre une communication des deux ventricules du cœur; la valvule tricuspide est rudimentaire, ainsi que la valvule mitrale; l'aorte naît du ventricule droit, et les deux carotides naissent d'un tronc commun, qui émane du ventricule gauche. Il y a de plus un bec de lièvre compliqué.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE LONDRES.

Séance du 13 avril 1886. — Présidence de M. Pollock.

DEUX CAS DE SPLÉNECTOMIE.

M. Knowsley Thornton rapporte deux cas de splénectomie: la première, faite sur une jeune fille de 19 ans pour une rate kystique, a été suivie d'une guérison complète ; la seconde, pratiquée pour une hypertrophie de la rate, a été suivie de mort, causée par une hémorrhagie secondaire intra-péritonéale. L'auteur montre une statistique de splénectomies dont 11 succès et 23 insuccès. Tous les cas où il y avait leucémie ont été suivis de mort, et c'est là une contre-indication absolue à l'opération.

L'auteur a eu des nouvelles de la première opérée, qui remplit très bien ses devoirs de domestique, est parfaitement réglée, et mange bien. Une autre femme a eu un accouchement normal après la splénectomie, et il a eu occasion de voir en très bonne santé un homme neuf ans après cette même opération. Quant à la leucémie, elle agit là comme après toutes les opérations, en débilitant les patients, et empêchant la coagulation du sang.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NEW-YORK.

Absence du vagin, de l'utérus et des ovaires chez une femme bien faite en apparence. — Le Dr Henry-J. Garrigues raconte l'histoire d'un cas de ce genre.

Il a vu une femme bien bâtie qui n'avait ni ovaires, ni utérus; le vagin n'était représenté que par un sillon de 50 milli-

mètres de profondeur; elle présentait le molimen menstruel.

Le Dr HUNTER a vu fabriquer, par le Dr Emmet, un vagin artificiel, *sur la demande des maris à deux femmes chez lesquelles ce canal n'existait pas*. Il fut très difficile de s'opposer au rétrécissement du canal, qui finit même par s'obliterer complètement. Hunter croit que, lorsqu'il n'y a pas d'utérus, il n'est pas très utile de faire un vagin.

Le Dr John SCOTT (de San-Francisco) raconte l'histoire d'une femme à qui on a fait un vagin artificiel, et qui vit heureuse avec son mari. Elle semblait n'avoir ni utérus, ni ovaires. Une autre lui a promis une grosse somme s'il pouvait lui affirmer qu'elle avait une matrice ; lorsqu'elle apprit qu'elle n'en avait pas, elle se suicida.

Le Dr VAN NESS vient de voir une fille de 18 ans, qui a beaucoup souffert à ses premières règles, qui ont paru dernièrement. A l'examen, on n'a trouvé qu'un cul-de-sac, peu profond, mais point d'utérus, ni d'ovaires. Cependant, elle doit avoir un utérus, puisqu'elle a eu ses règles. Une autre femme, âgée de 45 ans, a été mariée à vingt ans ; elle ne présente qu'un petit cul-de-sac. Elle porte une tumeur adbominale, probablement un fibrôme.

Le Dr Colin MACKENZIE a vu, il y a six mois, une jeune dame qui n'a jamais été réglée, et chez qui on n'a trouvé ni utérus, ni ovaires ; le Dr EMMET, qui l'a vue aussi, croit qu'il ne faut pas l'opérer.

REVUE DE LA PRESSE

—

PROLAPSUS VAGINAL SIMPLE. — RÉSECTION DE LARGES LAMBEAUX DE LA MUQUEUSE VAGINALE. — ÉLYTRO-PÉRINÉORRHAPHIE.

Un cas assez rare de prolapsus de la muqueuse vaginale, simulant un abaissement utérin ou un polype s'est présenté dernièrement à la clinique de la Charité.

Il s'agit, dit la *Gazette des hôpitaux*, d'une femme de cinquante-sept ans, bien constituée, bien portante d'ailleurs, qui s'est aperçue,

à la suite de son dernier accouchement, que chaque fois qu'elle faisait un effort, elle sentait comme un corps tendant à faire issue au dehors des parties génitales. Cette tendance s'étant accrue de plus en plus, elle est devenue telle aujourd'hui, que chaque effort est effectivement accompagné de l'issue à travers la vulve d'un corps volumineux, régulièrement arrondi, sans aucun orifice, ce dont on s'assure aisément en l'attirant au dehors, ayant l'aspect de la tunique vaginale et en présentant les plicatures exagérées. Lorsque l'on contourne cette tumeur avec le doigt, on reconnaît qu'elle se continue en arrière avec la muqueuse vaginale jusqu'aux culs-de-sac, en donnant toutefois au doigt la sensation d'inégalités. Si l'on cherche à atteindre l'utérus, on n'y parvient que très difficilement ; il est, en effet, très élevé, il paraît parfaitement normal, d'ailleurs.

En passant de la paroi postérieure à la paroi antérieure de cette tumeur, on y constate l'existence des mêmes grands replis vaginaux qu'en arrière. Rien d'anormal à l'orifice vulvaire qui n'est pas sensiblement déformé, à peine un peu délabré et point démesurément ouvert. Le ventre ne présente point non plus de déformation appréciable. Enfin, en introduisant le spéculum, qu'il faut pousser très loin, on ne voit que les grands replis du vagin, sans autre altération, et au fond le col utérin, dans les conditions normales. Ainsi, entre une vulve presque normale, un plancher périnéal régulier et un utérus tout à fait normal, se trouve une muqueuse vaginale hypertrophiée, beaucoup trop longue, et faisant prolapsus.

L'opération qui devait porter principalement sur le vagin trop long et procidant était complexe et consista :

1° A réséquer les parties exubérantes du vagin, et à pratiquer ensuite une élytrorrhaphie ; 2° à faire une périnéorrhaphie partielle, ou, en d'autres termes, et pour désigner cette opération composite par un seul mot, il s'agissait de faire ce que les chirurgiens allemands ont appelé la colpo-périnéorrhagie.

Cette opération dut être faite ainsi : on écarta les grandes lèvres, on tailla et on enleva de la paroi postérieure du vagin un large lambeau de muqueuse jusqu'à la vulve, en prenant les plus minutieuses précautions pour ne point atteindre le rectum : puis, on aviva la portion correspondante de la vulve accolée ensuite à la section inférieure du vagin. On eut ainsi en arrière et en bas du conduit vaginal un

triple rang de suture ; et du même coup on obtint un rétrécissement de la vulve.

Il reste à connaître maintenant quels seront par la suite les résultats qu'aura donné une semblable opération.

CONTINUATION D'UNE GROSSESSE APRÈS UNE PONCTION DU SAC AMNIOTIQUE ET L'ÉVACUATION DU LIQUIDE,

Par le Professeur CHIARRA.

Il s'agit d'une femme reçue à l'Institut obstétrical de Florence pour un kyste de l'ovaire. La possibilité d'une grossesse concomitante, d'abord admise, fut ensuite rejetée, et une ponction exploratrice pratiquée. On tomba sur un utérus gravide; le liquide amniotique fut totalement extrait. La grossesse continua et le liquide se reproduisit. Ovariotomie quatorze jours après la ponction exploratrice ; vingt-quatre heures après l'opération, expulsion d'un fœtus vivant. Guérison.

LES COURANTS CONTINUS ASSOCIÉS A L'ERGOTINE DANS LE TRAITEMENT DES MYOMES UTÉRINS.

Le docteur PICCININI, d'Asti, rapporte que dans un cas rebelle au traitement par l'ergot de seigle, il eut recours à l'ergotine et aux courants continus, l'électrode négative était placée dans la cavité utérine. Par cette méthode dé traitement, on obtint une notable diminution de volume de la tumeur et la disparition de tous les phénomènes qui l'accompagnaient.

ICHTHYOSE ET RIGIDITÉ DU COL UTÉRIN.

Le Dr Petitfour, de Ferrières (Loiret), rapporte un cas de rigidité du col de l'utérus chez une femme atteinte d'ichthyose, ayant résisté aux débridements multiples et vaincue par l'emploi de l'éponge préparée. Il fait suivre cette intéressante observation des considérations suivantes :

La contracture du col, qui n'est pas due seulement à la rigidité de l'orifice externe, constitue un des accidents les plus redoutables que l'accoucheur puisse rencontrer. Cependant elle est médiocrement étu-

diée dans les livres classiques, et la thérapeutique est bien loin d'être fixée.

On confond assez généralement la rigidité du col, la contracture légère et les cas de contracture grave.

Les onctions belladonées et les incisions forment le fond de la thérapeutique. Les onctions sont sans action aucune sur la plupart des cas.

Les incisions qui dans les cas de rigidité de l'orifice externe peuvent rendre de grands services sont fort dangereuses dans les cas de contracture vraie ; loin d'empêcher une déchirure, elles lui ouvrent la voie. L'utérus est si friable en ces cas que la déchirure peut se faire spontanément, comme nous en avons observé un bel exemple.

Après l'incision, le forceps peut faire aussi des déchirures graves. L'utérus se déchire comme le vieux linge.

Dans les cas de contracture vraie les bains et la saignée surtout sont quelquefois suivis d'une véritable détente.

Le chloroforme est excellent dans les cas légers ; dans les cas graves, il ne fait pas tomber la contracture, mais il rend service en calmant les douleurs et en diminuant la violence des efforts.

La dilatation du col a été souvent essayée, et dans la plupart des cas, n'a rien donné ; toutefois il serait bien indiqué d'y recourir au moins pour préparer les voies.

La dilatation très lentement faite permet en effet de faire franchir le col par l'enfant. J'ai dans un cas des plus graves obtenu un enfant vivant après application de forceps. Les tractions ont été doucement faites ; plus d'une demi-heure a été consacrée à franchir le col, la patiente étant dans le sommeil anesthésique le plus profond.

Le col paraît supporter les efforts de dilatation longtemps continués beaucoup mieux que les grandes incisions.

Enfin l'état peut être plus grave encore, plus menaçant et il peut y avoir indication à la perforation du crâne et au broiement du fœtus pour le faire passer dans un étroit orifice. Mais il n'y a que peu d'instruments qui aient assez peu de volume pour permettre cette manœuvre. M. Guyon l'a fait avec son instrument pour la trépanation de la base du crâne, et je l'ai moi-même pratiquée avec succès à l'aide des instruments que j'ai fait construire pour la céphalotripsie et l'embryotomie. La facilité de la réduction des parties à travers un orifice étroit justifie cette intervention impossible pour la plupart des autres instruments.

OPÉRATION CÉSARIENNE.

Le Dr Salvatore Scoppola a rapporté dans la *Gazette degli Ospitali* le curieux fait suivant :

Une paysanne de 23 ans, enceinte illégitimement, s'ouvre le ventre avec un couteau de cuisine et va à la recherche de son enfant. Elle incise l'utérus et tâche d'en extraire le fœtus à terme qui y était renfermé ; elle extrait d'abord un bras, qu'elle coupe, et mutile au fur et à mesure les parties qui se présentent, entreautres la tête, qu'elle sépare du tronc , le placenta est ensuite amené par la même voie. Une large bande, fortement serrée autour du ventre, sert d'unique pansement. La femme se lève ensuite, cache dans sa paillasse les débris de son enfant, vaque à quelques occupations domestiques et se rend en ville, sur une charrette, auprès d'une de ses sœurs, afin de bien lui faire voir, par sa présence, qu'elle n'est pas enceinte. Elle reste absente environ deux heures et fait, à pied, plus d'un kilomètre avant de rentrer chez elle, où, en arrivant, elle a des vomissements et une faiblesse.

Les docteurs Serpieri et Boliva, appelés à ce moment, découvrent une énorme plaie par laquelle les intestins faisaient hernie. Ils parviennent à réintégrer ceux-ci dans l'abdomen, font la suture des parois et placent un gros drain dans la partie la plus déclive. La température est à 37°7, la réaction est bonne et il n'y a pas de fièvre ; les lochies s'écoulent normalement par le vagin, et tout, par la suite, se passa avec la plus grande simplicité, à part la suppuration de la plaie tégumenteuse, qui a été assez tenace, mais a fini cependant par cesser.

CRISES ÉPILEPTIFORMES AVEC AURA ASCENDANTE ET DESCENDANTE. — ABSORPTION DE 24 GRAMMES DE BROMURE DE POTASSIUM EN DIX HEURES. — CESSATION DU SYMPTÔME.

Le Docteur P. Lemaistre, professeur de clinique médicale à l'école de Médecine de Limoges, rapporte l'intéressante observation suivante, que publie le *Journal de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne.*

Le 22 février 1886, je me rends près de la femme C***, quarante-six ans, bonne santé habituelle. Cependant, il y a trois ans, elle a été saisie de douleurs articulaires dans tous les membres, qui l'avaient bientôt quittée, en lui laissant un tremblement spasmodique dans le bras droit ; n'a eu qu'un enfant, il y a seize ans.

Elle accuse une grande salivation et tient à la main un mouchoir, sur lequel elle crache continuellement, étant assise dans son lit ; puis subitement elle accuse une sensation particulière à l'extrémité de l'annulaire et du médius gauche, sensation qu'elle compare à une fusée qui remonte le long de la partie antérieure de l'avant-bras, interne du bras jusqu'aux creux axillaire où elle se divise en deux parties : l'une qui descend le long de la partie latérale gauche du corps jusqu'aux orteils, l'autre qui monte rapidement vers la tête, lui étend le cou en opisthotonos en lui renversant, tout le tronc en arrière. Immédiatement après des convulsions cloniques surviennent pendant une perte de connaissance qui dure environ deux minutes, puis tout rentre dans l'ordre. La malade se remet sur son séant, salive beaucoup et nous parle. La langue a été mordue.

Ceci se produit toutes les cinq ou dix minutes, de nuit et de jour, car elle ne dort pas et nous assistons nous-mêmes à deux crises en peu d'instants. Jamais cette femme n'a eu rien de semblable, elle a été prise, pour la première fois, il y a cinq jours, le vendredi 19 février, en même temps que ses époques qui coulent encore abondamment, lors de ma visite.

Dès le 17, après une certaine fatigue éprouvée en lavant du linge, elle avait été prise d'une forte douleur à la hanche droite.

J'ordonne, croyant à une longue durée de la maladie, 24 grammes de bromure de potassium en huit paquets, à prendre un paquet par jour en verre d'eau sucrée, par cuillerées, toutes les heures, et j'explique bien au mari et à la femme, devant une voisine, qu'un seul paquet sera pris par jour.

Je reviens le lendemain et trouve la malade, comme la veille, assise dans son lit.

— Je vous attendais me dit-elle, pour me lever, car je suis guérie et je vous en remercie.

— Et combien de cuillerées avez-vous pris ?

— J'ai tout pris.

— Tout le verre ?

— Oui, tous les paquets.

Croyant qu'elle s'était mal expliquée ou que je n'avais pas bien entendu, je repétai ma question.

— Tout le verre ?

— Oui, tous les paquets.

Je restai un moment ébahi. Puis reprenant mon sang-froid, je

changeai ma manière d'interroger, et la priai de me dire comment elle avait passé sa nuit, si elle avait dormi, et comme on lui avait fait prendre son remède.

— C'est bien simple ajouta-t-elle.

Après votre départ, mon mari est allé chercher les remèdes chez le pharmacien, et sitôt les huit paquets apportés il en a mis un dans un verre, a versé un peu d'eau par-dessus, d'abord ça été fondu et je l'ai avalé à sept heures du soir. J'ai eu encore deux crises. A huit heures j'ai avalé un autre paquet, encore une crise ; mon mari voyant que cela me faisait du bien m'en a donné à neuf heures un autre, un quatrième à dix heures et un cinquième à onze heures, quoique je n'eusse pas eu d'autre atteinte, et puis je me suis endormie.

A deux heures du matin je suis réveillée par une nouvelle crise ; dès lors, mon mari m'a administré le remède toutes les heures, jusqu'à quatre heures, c'est-à-dire, jusqu'à ce que tout a été fini. J'ai repris mon sommeil et ne me suis plus sentie de rien.

— L'estomac, la tête ne vous ont pas fait mal ?

— Si, un peu, j'ai eu de la lourdeur à l'estomac et la tête légèrement étourdie.

Je demandais à voir la boîte renfermant les paquets, et je lus sur l'étiquette : 24 grammes de bromure de potassium en huit paquets.

J'examinai le ventre de cette femme pour voir s'il était sensible. Rien, absolument rien à l'épigastre. Au-dessous de l'ombilic je constatai deux nodosités mobiles dans le péritoine, du volume d'une noix et d'une noisette, et profondément je sentis la matrice dure et volumineuse. Je pratiquai le toucher vaginal et trouvai le globe utérin remplissant tout le petit bassin, du volume d'une tête de fœtus à terme et comme enclavé, mobile cependant. Non satisfait d'avoir lu l'étiquette du pharmacien, je me rendis chez lui pour voir si je n'avais pas donné une dose moindre que celle que je croyais et je relus sur mon ordonnance : 24 grammes de bromure de potassium en huit paquets, à prendre un par jour, en un verre d'eau sucrée et par cuillerées dans la journée, toutes les heures.

Aujourd'hui les crises n'ont pas reparu, mais la malade accuse une sensation de froid sur toute la partie latérale gauche du tronc qu'elle ne peut réchauffer.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Serre-nœud à serrage continu.

M. F. Forné a présenté à la Société de chirurgie, dans la séance du 18 juin, un serre-nœud qui diffère des instruments déjà connus, en ce que, au lieu d'agir sur les chefs d'une anse pour la rétrécir progressivement, il serre véritablement un nœud.

Nous en donnons ici la figure avec la légende explicative :

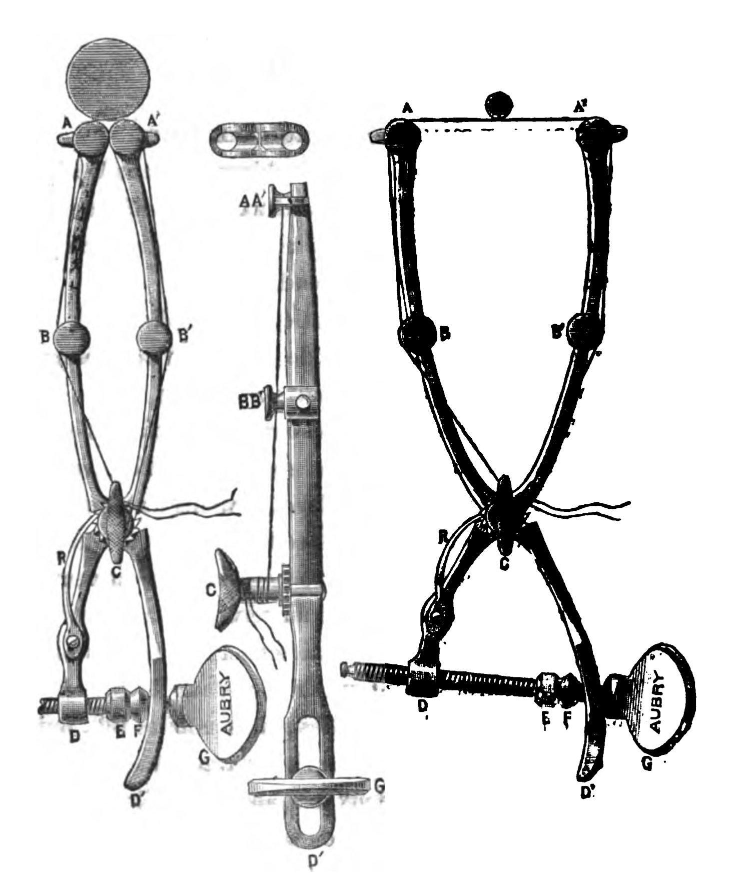
Manœuvre du serre-nœud. — Soit le pédicule d'une tumeur, ou bien une portion de tissus que l'on veut pédiculiser, après ou sans transfixion préalable avec deux aiguilles ou broches placées en croix ; entourons ce pédicule ou ces parties molles, que l'on veut isoler du reste du corps, avec un lien flexible et formons un nœud simple.

C'est ce nœud qu'il s'agit de serrer avec l'instrument. Pour obtenir ce résultat, les chefs du nœud sont introduits dans les anneaux latéraux AA', ou bien dans le canal creusé au centre de la face antérieure et s'ouvrant sur le bord inférieur des saillies terminales des branches, canal qui n'est malheureusement pas figuré dans la planche ; ces chefs sont ensuite placés sur la gorge des galets mobiles BB', puis réunis et portés ensemble sur le côté droit du treuil-taquet C, autour duquel ils sont enroulés une ou deux fois, après quoi ils sont tournés autour des branches de la poignée ou taquet, en formant des 8 de chiffre ; finalement, ces tours sont arrêtés par une demi-clef renversée.

L'instrument est alors armé.

Pour le mettre en action, il suffit de tourner la vis G E de gauche à droite, manœuvre qui a pour effet d'écarter les branches et, par suite, de serrer le nœud.

Notons que le premier effet du mouvement d'écartement des branches est d'augmenter leur courbure, c'est-à-dire de mettre en jeu leur élasticité. Ces branches, comme les arcs tendus, font continuellement effort pour se redresser et, par suite, exercent une traction continue sur les chefs opposés du nœud. Une expérience bien simple permet de se faire une idée de l'énergie de ces tractions ; en effet, quand par la manœuvre de la vis on a produit un écartement des branches de 1 centimètre, par exemple, il suffit de sectionner un des



Légende :

AA' — Anneaux latéralement placés, dans lesquels sont engagés les chefs du lien constricteur : anse ou nœud ;

BB' — Galets mobiles servant à l'écartement et au glissement des chefs du lien constricteur ;

C — Treuil-taquet, organe d'enroulement et de fixation ;

D — Branche postérieure gauche, ou branche-écran ;

D' — Branche postérieure droite, ou branche fenêtrée ;

E — Saillie fixe séparant la portion filetée de la portion lisse de la vis, GE ; sert de point d'appui au disque mobile, F ;

F — Disque mobile sur la partie lisse de la vis ; à rendre moins durs les frottements contre les bords internes de la fenêtre dans le mouvement d'écartement des branches ;

G — Patte de la vis, dont la manœuvre sert à écarter ou à rapprocher les branches du serre-nœud ;

R — Cliquet formant ressort. Fixé à la branche postérieure gauche, il appuie, à la façon d'un rochet, sur la roue dentée du treuil-taquet.

chefs du nœud pour voir les branches s'écarter de 4 centimètres environ.

Si le pédicule à étrangler ou former est trop volumineux, un seul mouvement d'écartement des branches est insuffisant ; dans ce cas, il y a lieu de ramener d'abord les branches en contact, résultat que l'on obtient par une manœuvre de la vis en sens inverse de la précédente. Ce mouvement de rapprochement des branches a pour effet de relâcher les chefs du nœud ; pour les tendre de nouveau, il n'y a qu'à tourner le treuil-taquet C, manœuvre qui a pour résultat d'enrouler toute la portion relâchée. On recommence alors à tourner la vis G E pour pousser plus loin le degré de constriction des parties molles.

Ces manœuvres successives de la vis et du treuil-taquet sont renouvelées aussi souvent que cela est nécessaire pour obtenir l'effet voulu : simple constriction temporaire ou ablation des tissus ligaturés. Le nœud simple, au lieu d'être serré d'emblée sur les tissus, peut être formé et arrêté d'avance au treuil-taquet ; on dispose alors d'un anneau constricteur, vertical ou horizontal, que l'on peut porter dans une cavité, et dans lequel on engage la tumeur ou les tissus que l'on veut étreindre. L'instrument est donc à la fois un porte-nœud et un serre-nœud.

Ajoutons, enfin, que ce véritable serre-nœud peut, comme les pseudo serre-nœuds, agir sur les chefs d'une anse pour la rétrécir progressivement et, par suite, qu'il peut remplacer la plupart de ces derniers.

Applications du serre-nœud. — Étranglement du pédicule des tumeurs ;

Pédiculisation des parties molles, après ou sans transfixion préalable ;

Constriction temporaire des tumeurs vasculaires avant de procéder à la coagulation du sang, soit par le froid [comme dans le traitement des tumeurs hémorrhoïdales par le procédé du docteur Guvoy. (*Recueil de Mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires*, 1882, p. 317)], soit par tout autre moyen.

VARIÉTÉS

Le Service de Vaccinations gratuites de la Société française d'hygiène, qui depuis plusieurs années fonctionne avec tant de régularité, au grand bénéfice de la population parisienne, a repris le *mardi* 25 *mai*. Il a lieu les mardis suivants, *à midi*, à la Société d'Encouragement pour l'Industrie nationale, 44, *rue de Rennes*.

Les enfants seront vaccinés avec de la lymphe vaccinale prise, sur place, sur la génisse.

Les médecins de Paris y trouveront, à leur choix, *sans rétribution aucune*, du vaccin jennérien (vaccin d'enfant) et du vaccin animal (vaccin de génisse).

Les médecins de province pourront se procurer au siège de la Société, 30, rue du Dragon, du vaccin au prix de 1 fr. 50 c. le tube pour le vaccin de génisse, et de 0 fr. 75 c. pour les pointes-d'ivoire chargées de vaccin jennérien (valeur incluse en timbres poste).

N. B. — Les personnes qui se présenteront rue de Rennes, avec une lettre à l'en-tête du journal *Les Maladies des Femmes* auront un tour de faveur pour les vaccinations à opérer.

*
* *

L'anecdote suivante est racontée, d'après la *France médicale*, par les journaux de l'Amérique et du Canada. Un jeune homme, fraîchement émoulu de l'Ecole où il avait obtenu des distinctions honorifiques et des médailles, est envoyé par son père, médecin, auprès d'une femme en travail. Au toucher, il trouve l'orifice de l'utérus non dilaté. Il attend une heure et comme il ne se produit aucun changement, il fait une application de pommade à la belladone, et essaie de faire la dilatation forcée par l'introduction du doigt. Au bout d'une heure, ne trouvant encore aucune dilatation, il s'inquiète, et vient demander l'assistance de son père ; mais avant son retour, l'expulsion de l'enfant était terminée. Le père fit un examen attentif et trouva l'anus de l'enfant rouge et élargi, abondamment taché de cérat belladoné. Le jeune médecin avait eu affaire à une présentation des fesses, et avait confondu l'anus de l'enfant avec un orifice utérin non dilaté !

*
* *

Il y a des enfants nés coiffés, on dit qu'ils sont voués au bonheur.

Dickens a pourtant protesté contre cette manière de voir dans les premières pages de son autobiographie, David Copperfield. Les enfants qui viennent au monde avec une dent, sont-ils aussi prédestinés à la fortune ? S'il en était ainsi, rapporte le *Concours médical*, Mlle *Bauduin*, sage-femme à Vannes, qui a envoyé en hommage à l'Académie une dent enlevée par elle à un enfant de quatre jours, aurait bien le droit de demander d'importants honoraires aux parents de ce baby précoce. — A cette dent était jointe un autre cadeau pour l'Académie, sous forme d'un fœtus, qui, suivant l'opinion de la sage-femme, serait mort du quatrième au cinquième mois de la grossesse et aura séjourné jusqu'au terme normal dans la cavité utérine.

NOUVELLES

—

M. Bouchacourt, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon, est nommé professeur honoraire.

M. Simon, ancien suppléant de pathologie, de clinique obstétricale et de clinique chirurgicale à l'école de médecino de Caen, est provisoirement maintenu dans les dites fonctions.

M. O. Herpin, suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchement à l'École de médecine de Tours, est nommé professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, en remplacement de M. Thomas, appelé à d'autres fonctions.

Le premier congrès de la Société allemande de gynécologie aura lieu à Munich, du 17 au 19 juin prochain.

—

CONCOURS POUR UNE PLACE D'ACCOUCHEUR DU BUREAU CENTRAL. — La troisième épreuve (leçon théorique sur un sujet d'accouchement) a commencé le lundi 7 juin, à 4 heures du soir, à la Charité. Le Dr Olivier s'est seul retiré du concours sur les huit candidats inscrits. Le concours s'est terminé par la nomination de M. Maygrié.

—

ECOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — La chaire d'accouchements, maladies des femmes et enfants, est transformée en chaire de clinique obstétricale et gynécologie.

—

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Les chaires d'anatomie et de

clinique obstétricale de cette Faculté sont déclarées vacantes par arrêté ministériel du 31 mai 1886.

—

— A l'occasion du cinquantième anniversaire de son existence, la Société de médecine d'Anvers organise un concours portant sur les questions suivantes :

1° Exposer la valeur relative des amputations et des résections dans les tumeurs blanches, en se basant sur les résultats cliniques obtenus depuis l'introduction des pansements antiseptiques. — 2° La rage peut-elle être communiquée à l'espèce humaine ? Dans l'affirmative, quels sont ses symptômes, ses lésions, sont traitement ? — 3° Exposer le traitement préventif et curatif de la fausse couche. — Etiologie de l'ictère.

Le prix, pour chacune de ces questions, consistera, selon le mérite de l'ouvrage, en une médaille d'or, de vermeil, ou en une mention honorable, le titre de membre correspondant, la publication du mémoire dans les *Annales* de la Société et cinquante exemplaires tirés à part pour l'auteur.

Les mémoires ne pourront avoir plus de *deux* feuilles (soit trente-deux pages d'impression), et devront être envoyés au secrétariat, rue Osy, 43², dans les formes académiques habituelles, avant le 1er décembre de cette année.

Le rapport sur le concours et la proclamation des lauréats se feront lors de la séance solennelle de célébration du cinquantenaire.

—

La récente communication de M. le professeur Brouardel à l'Académie de Médecine, dans sa séance du 20 avril dernier, au sujet de l'impureté des diverses digitalines existant dans le commerce, démontre une fois de plus la nécessité pour le médecin de ne pas prescrire indifféremment telle ou telle digitaline.

La *Véritable Digitaline d'Homolle et Quevenne* lui offre toujours, sous la forme de *Granules* ou de *Solution*, un médicament pur, d'une activité égale et constante. Et le nouveau Codex à décidé qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la digitaline, dont on doit la découverte à Homolle et Quevenne (1) qui doit *seule* être délivrée.

(1) Dépôt général à la pharmacie Collas, 8, rue Dauphine, Paris.

BIBLIOTHÈQUE

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE DE E. LITTRÉ

ÉDITION POPULAIRE

Illustrée de 48 planches hors texte et de 550 figures intercalées dans le texte.

C'est certainement le plus grand succès de la librairie médicale de nôtre époque, et il s'explique non seulement par la valeur scientifique du livre, mais par la nécessité, quand on lit ou qu'on écrit, d'avoir, pour la recherche d'une étymologie ou d'une définition, un guide sûr et méthodique. Ce dictionnaire, dont l'étendue s'explique par sa compréhension même, puisqu'il embrasse à la fois les termes de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire, et des sciences accessoires : physique, chimie, botanique, zoologie et va au delà de la technologie pure et des définitions, présente, dans des articles nécessairement très courts, mais substantiels, comme un résumé synthétique des connaissances actuelles sur les sujets qu'il embrasse. Il ne saurait être suppléé par aucun livre à raison de la condensation extrême des matières, qui, favorisée d'ailleurs par le format et le caractère serré de la justification, renferme en un seul volume, très maniable mais compact, la valeur de 8 ou 10 volumes ordinaires.

Professeur Fonssagrives (*Le Français*, 20 mars.)

Le *Dictionnaire de médecine* de Littré, édition populaire, se publie en 48 séries :

24 séries, portant des numéros impairs, comprendront chacune 2 feuilles de texte et 2 planches hors texte,— 24 séries, portant des numéros pairs, comprendront chacune 3 feuilles de texte.

L'ouvrage complet formera : Un volume grand in-8o jésus à deux colonnes de 1900 pages ; 2o Un atlas de 48 planches tirées hors texte.

Il paraît une série tous les jeudis, depuis le 15 avril 1886. Prix de chaque série : 50 centimes.

On souscrit à l'ouvrage complet, qui sera envoyé *franco* chaque semaine, en adressant aux Éditeurs un mandat postal de 24 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

— **TRAITEMEMT DE LA LARYNGITE CHRONIQUE ARTHRITIQUE AUX THERMES DE LUCHON, par le Dr P. Ferras. Paris, 1885. Imp. Levé, 17, rue Cassette.**

— **ETUDE EXPÉRIMENTALE SUR LA PHONATION, par le Dr Lermoyez. — Paris 1886. O. Doin, éditeur.** (*Sera analysé.*)

MANUEL DE GYNÉCOLOGIE, par les Drs HART et BARDOUR, ouvrage traduit sur la deuxième édition par le Dr CROUZAT, avec une préface du Dr BUDIN. 1 vol. in-8° avec 400 fig. dans le texte et 9 planches. — A. Delahaye, éditeur.

ÉTUDE SUR L'OPÉRATION D'ALEXANDER, (raccourcissement des ligaments ronds) précédée de quelques considérations sur les déviations et les déplacements de l'utérus, par le Dr Juan E. Manrique. — Paris, 1888. Steinheil, éditeur. (*Sera analysé.*)

— MANUEL D'HYDROTHÉRAPIE avec fig. dans le texte par le Dr PAUL DELMAS. — Paris 1885. O Doin, éditeur, 8 place de l'Odéon. (*Sera analysé.*)

— VICHY ET SES EAUX MINÉRALES, par le Dr L. GRELLETY. — Paris 1886. A Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs. place de l'Ecole-de-Médecine.

— PRECEPTOS HIGIENICOS QUE DEBE OBSERVAR LA MEYER DURANTI EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, par le Dr VIDAL SOLARÈS — Paris, 1886. O. Berthier, 104, Boulevard-St-Germain.

— NOTES SUR UNE VISITE A ROYAT-LES-BAINS, par le Dr CRUISE, de l'Université de Dublin. — Traduit de l'anglais par le Dr A. PETIT, médecin-consultant à Royat. — Paris, 1886. J.-B. Baillière, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— TRAITÉ THÉORIQUE ET CLINIQUE D'OBSTÉTRIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE, par le Dr ROBERT BARNES et par le Dr FANCOURT-BARNES. — Traduit et annoté par le Dr CORDES. — Paris, 1886. G. Masson, éditeur, 120, boulevard St-Germain. (*Sera analysé.*)

— DE LA SPÉCIALITÉ THÉRAPEUTIQUE DES EAUX THERMALES DE BRIDES-LES-BAINS (Savoie), par le Dr LAISSUS. — Brides-les-Bains, 1886. Ducloz, imprimerie-librairie, avenue de la Source.

— NOUVEAU SYSTÈME DES EAUX MINÉRALES DE FORGES (Normandie), par LAROUVIÈRE, médecin du Roy, — édition de 1699, annotée et mise au courant de la science par le Dr THOMAS-CARAMAN. — Paris, 1886. O. Doin éditeur, 8, place de l'Odéon.

— MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME, par le professeur KARL SCHRŒDER, de Berlin, ouvrage traduit de l'allemand sur la sixième édition, par E. LAUWERS, docteur à Courtrai, et E. HERTOGHE, docteur à Anvers, précédé d'une préface par le professeur E. HUBERT. — Bruxelles, 1886. A. Monceaux, libraire-éditeur. (*Sera analysé.*)

— COMPENDIUM DE MÉDECINE DOSIMÉTRIQUE, ou matière médicale chimique, pharmaceutique, pharmaco-dynamique, clinique; par le Dr ALBERT VAN REUTERGHEM de Soës (Zélande). — Paris, 1886, Institut de Médecine dosimétrique, 54, rue des Francs-Bourgeois. (*Sera analysé.*)

VICHY EN POCHE (Guide Conty), 4, Boulevard des Italiens, Paris.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

119. — La digitale dans le traitement de la périmétrite.— M. Chéron emploie, dans la périmétrite, lorsque les accidents aigus sont passés, la digitale dont on connaît l'action réductrice remarquable sur tous les engorgements lymphatiques.

La formule à laquelle l'auteur donne la préférence, pour pratiquer les onctions sur la paroi abdominale, est la suivante :

Extrait de digitale	4 gr.
Alcool à 48° pour délayer	q. s.
Axonge	40 gr.

Pour les pansements vaginaux, M. Chéron conseille le glycérolé suivant :

Glycérolé d'amidon................	60 gr.
Extrait de digitale.................	2 gr.

On imprègne de ce glycérolé un tampon d'ouate et on l'applique sur le col utérin — deux fois par semaine.

Bien entendu, il est prudent de ne pas employer le pansement vaginal à l'extrait de digitale s'il existe une ulcération.



120.— Traitement de l'ophthalmie des nouveaux-nés. — Le Dr Lindo Ferguson (de Dublin) proscrit l'emploi de l'iodoforme dans le traitement de cette affection, en raison de son odeur et de l'inflammation très intense de la muqueuse qu'il provoque.

Il préfère faire usage d'acide borique finement pulvérisé qu'il projette directement sur la conjonctive. Une semblable application sur une conjonctive en suppuration fait complètement disparaître l'écoulement en dix ou douze jours, et dans les cas légers, en une seule fois, on obtient une guérison complète.



121. — Quelques remèdes contre les douleurs dans le cancer de l'utérus. — Le Dr Laurence, d'après une statistique d'une trentaine de cas, a reconnu que l'ergot de siègle, administré la dose de 1 gr. toutes les heures, soulage mieux que d'autres médicaments. L'ergot agit probablement en diminuant l'afflux du sang dans la matrice, et par suite fait surtout disparaître ces douleurs pulsatilles dont se plaignent si souvent les malades.

Localement l'auteur conseille l'application sur la partie malade d'acide phénique en solution concentrée.

L'application de petits vésicatoires aux reins, pansés à l'aide d'une pommade de morphine, donne aussi de bons résultats.

Le professeur B. Ball conseille le mastic chez les femmes atteintes de cancer de l'utérus. Ce médicament lui aurait donné quelques succès. La dose est de huit pilules en 24 heures. Chaque pilule contient 15 centigr. de mastic et 10 centig. de soufre.



122. — Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants. (BOUCHUT.) — Le traitement de cette maladie chez les enfants comporte trois indications.

1° Nettoyer l'estomac des saburres ou sécrétions muqueuses altérées;

2° Évacuer et neutraliser les matières putrides et bactériennes de l'intestin;

3° Modérer la fièvre et entretenir les forces.

La première indication se trouve remplie par l'emploi de l'émétique ou de l'éméto-cathartique.

Il faut donner aux jeunes enfants de 4 à 10 ans :

Emétique....................	25 milligrammes.
Eau sucrée..................	60 grammes.

A prendre en une fois.

Et chez les enfants de 10 à 15 ans :

Emétique....................	5 centigrammes.
Eau sucrée..................	60 grammes.

A prendre en une fois.

Cette médication fait vomir et produit un abaissement momentané de la température fébrile de un à deux degrés, pendant 24 heures, puis la température remonte.

On peut encore administrer la potion suivante qui produit des vomissements et quelques garde-robes.

Emétique....................	25 milligrammes.
Citrate de magnésie............	30 gr.

Pour remplir la deuxième indication, c'est-à-dire évacuer les matières de l'intestin et le neutraliser. L'auteur donne alors 15 à 20 grammes de citrate de magnésie, à la condition toutefois qu'il y ait du gargouillement dans la fosse iliaque et que le ventre ne soit pas trop ballonné.

Dans ce dernier cas, on fait usage de poudre de charbon porphyrisée, que l'on administre à la dose de trois cuillerées à bouche par jour dans de l'eau pure avec salicylate de soude comme antiseptique (1 p. 100).

On peut aussi donner, dans le même but, de la *solution* d'*acide salicylique*, 2 grammes par litre — de la solution d'*acide borique*, 3 grammes par litre ; du *sulfate de quinine*, 25 à 50 centigrammes par jour, ou enfin de l'*extrait de quinquina*, 3 grammes par jour en solution.

La troisième indication consiste, tout en continuant le traitement antiseptique, à soutenir les forces avec de l'eau et du vin, avec du bouillon froid, avec de l'eau étendue d'eau bouillie, d'eau de Saint-Galmier, d'eau de Seltz. Puis, selon le degré de la flèvre entre 39 et 40 ou au-dessus, faire des lavages rapides de tout le corps avec de l'eau vinaigrée aromatique froide, au moins deux fois si ce n'est trois fois chaque jour. Cette pratique diminue la fièvre, abaisse le degré de température et soulage beaucoup les enfants. On peut aussi employer dans le même but les lavements quotidiens d'acide phènique, 50 centigrammes à 1 gramme.

Il est bien rare que ce traitement ne réussisse pas et ne permette de conduire les enfants à la convalescence, sauf les cas de complications exigeant un traitement spécial.



123. — Traitement des vomissements incoercibles. — Plusieurs traitements ont été proposés pour combattre des vomissements incoercibles de la grossesse. Voici ceux qui ont donné les meilleurs résultats :

Le lavage de l'estomac suivi de l'introduction directe des aliments à travers une sonde Faucher, constitue un traitement des plus rationnels. Depuis que l'on connait les bons résultats dus à ce procédé dans l'obstruction intestinale il est tout indiqué d'y recevoir pour combattre des vomissements incoercibles de la grossesse.

Un autre procédé, rationnel aussi, consiste à faire des irrigations d'éther sur l'épigastre. Dans certains cas l'effet de cette méthode est instantané. Il existe dans les annales de la science plusieurs faits qui sont tout à fait probants.

Les inhalations d'oxygène ont été également recommandées contre ces accidents de la grossesse.

On a recommandé également la cautérisation directe du col de la matrice, soit par le nitrate d'argent, soit par la teinture d'iode, etc. La cautérisation au nitrate est relativement inoffensive et peut rendre quelque service. Quant à la teinture d'iode, son application sur le col de la matrice est capable de produire l'avortement : il faut donc en déconseiller toujours l'usage dans la grossesse.

La méthode, dit de Copeman, consiste dans la dilatation du col de l'utérus à l'aide du doigt.

Rosenthal, qui a expérimenté cette méthode, a constaté que le résultat immédiat et constant de la dilatation du col était la cessation des vomissements.



124. — Traitement de l'ulcération des cicatrices vaccinales. — Le Dr Charles (de Liège) recommande dans les cas d'ulcération des cicatrices vaccinales, l'emploi de l'une des deux pommades suivantes :

1° Cérat phéniqué . . . . } ââ 15 grammes.
Onguent styrax . . . . }
Baume du Pérou . . . . } ââ 1 1/2 gramme.
Teinture de benjoin . . . . }

2° Vaseline . . . . 30 grammes.
Iodoforme . . . . 4 grammes.
Baume du Pérou . . . . } ââ 1 gramme.
Teinture de benjoin . . . . }

Il existe un autre topique dont l'action est aussi très rapide, et qui est recommandé par Jenner, c'est l'onguent mercuriel simple dont on enduit l'ulcération.



125. — De la blennorrhagie chez la femme. — Chez la femme, la blennorrhagie peut être uréthrale ou vaginale ; de là deux traitements différents suivant le cas.

Quand la blennorrhagie est uréthrale, on fera des injections dans l'urèthre avec la solution de résorcine à 5 % ou avec la solution de sublimé à 1 0/0 ; on emploiera une seringue en ivoire ou en caoutchouc durci, à bout olivaire avec trous latéraux, de façon à n'injecter que dans l'urèthre et non dans la vessie.

Si la blennorrhagie est vaginale, on conseillera des bains chauds d'amidon avec speculum grillagé, des injections de sublimé au 1/1000ᵉ de résorcine à 3 %, des applications de tampons de coton hydrophile impregné de glycérine boriquée à 3 %



126. — Traitement des cancers de la matrice par l'hystérotomie. — M. Kœberlé s'élève contre l'ablation totale de l'utérus comme moyen de guérison du cancer de cet organe; il résume son étude sur la question :

« L'hystérotomie, dans les cas de cancer de la matrice, est très exceptionnellement indiquée. Elle est inutile lorsque la dégénérescence a envahi au delà des limites anatomiques de la matrice.

Lorsque le col ou le corps de la matrice ne sont pas envahies au delà de toute leur épaisseur, l'hystérotomie soit vaginale, soit abdominale est suffisante, et cette opération est moins grave que l'hystérectomie.

Voici comment procède l'auteur :

La malade est couchée sur le côté droit, en travers du lit, sur le bord duquel le bassin est suffisamment relevé. Une alèze triangulaire appliquée sous la cuisse gauche, près du genou, et dont les deux chefs sont noués ensemble en passant sur l'épaule droite, maintient ainsi la cuisse gauche, fléchie fortement.

A l'aide d'un crochet plat, d'un crochet à anse ou d'un large speculum de Sims, très court, le périnée est ramené en arrière. On saisit le col utérin à l'aide de plusieurs pinces à griffes, implantées

dans les parties saines de cet organe, et on l'amène autant que possible au dehors à l'orifice du canal génital.

On introduit dans le col, jusque dans la cavité utérine, une sonde en acier qui sert de guide pour indiquer la position exacte des parties sur lesquelles on opère.

A l'aide du bistouri on circonscrit alors le pourtour du col dont on sépare entièrement le vagin. Au fur et à mesure que l'on incise, les tissus se rétractent et l'on arrête l'écoulement du sang à l'aide du thermo-cautère qu'on applique sur la partie traumatique, que l'on cautérise, que l'on rôtit jusqu'à ce qu'une mince escarre sèche arrête complètement l'hémorrhagie.

L'application du thermo-cautère doit être rapide, avec une pression légère, suffisante pour arrêter le jet de sang. On garantit les parties voisines du vagin ou des parties génitales par l'intermédiaire d'une petite lame de bois creuse et arrondie au bout pour en empêcher la brûlure par la vapeur d'eau bouillante et par la chaleur rayonnante du cautère.

On lance par intervalles un jet d'eau pour nettoyer et rafraîchir le champ de l'opération.

Chaque incision accompagnée d'une perte de sang est traitée ainsi.

On continue les incisions en coupant toujours perpendiculairement contre la matrice, sans l'entamer, jusqu'à ce que le segment inférieur soit dégagé circulairement à une hauteur suffisante.

Si des vaisseaux, artères ou veines utérines, ont un calibre trop important pour gêner la cautérisation par le jet de sang, on les saisit avec des pinces hémostatiques un peu en dehors avant de les couper, si cela est possible, lorsqu'on les aperçoit, ou après les avoir divisés, de manière à pouvoir ensuite facilement les cautériser jusqu'à ce qu'ils soient desséchés et racornis.

En procédant ainsi, on ne lèse ni la vessie en avant, ni le péritoine dans le cul-de-sac postérieur.

Lorsque la matrice est dégagée à une hauteur suffisante, au delà des tissus qui paraissent sains, on sectionne la matrice elle-même, soit perpendiculairement à la direction de la sonde, soit conoïdement par une incision excavée, en tirant plus ou moins sur le col.

Avant de détacher entièrement le segment de la matrice, on le laisse attaché en un point d'une manière suffisante pour pouvoir attirer et maintenir vers l'extérieur la surface traumatique jusqu'à ce que l'hémostase soit bien assurée de toutes parts.

On termine en sectionnant directement avec le cautère la partie restante du col.

On applique sur la surface traumatique un léger tampon de charpie imbibé de liniment oleo-calcaire et légèrement saupoudré d'iodoforme.

La cicatrisation est ordinairement parfaite au bout d'un mois.



127. — Traitement de la Coqueluche par la teinture de Drosera. — Cette teinture s'emploie de la manière suivante:

Chez les enfants d'un an, on peut en donner au plus 2 grammes par jour, c'est-à-dire 20 gouttes trois fois par jour, dans un peu d'eau sucrée.

De deux à quatre ans, on emploie la teinture de Drosera à la dose d'une cuillerée à café, que l'on donne en plusieurs fois dans la journée, dans un peu d'eau sucrée. Enfin, chez les enfants d'un âge supérieur, la dose est de 2, 3 et 4 cuillerées à café par jour.



128. — Traitement de la constipation. — Dans le cours des affections utérines, la constipation est un symptôme que le gynécologue rencontrera fréquemment.

Le Dr Huchard conseille l'emploi des pilules suivantes, que l'on prend à la dose de une ou deux, le soir en se couchant.

Podophylline....................	āā 0 gr. 30
Savon médicinal..................	
Extrait de jusquiame..............	

pour 10 pilules.

L'effet de ces pilules peut être augmenté, soit en y ajoutant 0 gr. 10 d'extrait de rhubarbe par pilule, ou bien encore de 0 gr. 01 à 0 gr. 02 d'extrait de noix vomique par pilule s'il y a atonie de l'intestin.



129. — Sirop de dentition. — Le Dr Bouchut donne la formule suivante d'un sirop avec lequel on frictionne doucement les gencives des enfants, quatre fois par jour.

Chlorhydrate de cocaïne..	0,50 centigr.
Borate de soude.........	0,50 --
Sirop de guimauve.......	10 gr.
Sirop diacode...........	5 gr.

***

130. — Anorexie de cause utérine. — On fait usage pour combattre ces phénomènes morbides de la mixture suivante que l'on prescrit à la dose d'une cuillerée à bouche à la fin du principal repas.

Vin de gentiane...............	300 gr.
Vin de rhubarbe..............	100 gr.
Alcoolature de racine d'aconit...	4 gr.
Essence d'anis................	XX gouttes.

***

131. — Injection vaginale calmante. — Cette injection, proposée par Trousseau, se compose en faisant bouillir dans 3/4 de litre d'eau jusqu'à réduction d'un tiers :

Feuilles sèches de belladone....	15 gr.
— de stramoine.....	15 gr.

On ajoute ensuite 2 gr. de laudanum de Rousseau. Cette dose peut être portée à 10 grammes lorsque les douleurs sont en rapport avec le cancer utérin.

***

132. — Traitement des gerçures du mamelon. — Le docteur D'Orellano conseille les applications du liniment suivant, qui aurait l'avantage d'amener une guérison rapide et de ne pas dégoûter l'enfant.

Helenina Baeza............	0,15 centigr.
Huiles d'amandes douces...	10 gr.

Faire dissoudre.

***

133. — Traitement de la migraine, dans le cours des

affections utérines. — Dujardin-Beaumetz conseille de prendre en une seule fois la potion suivante.

Chlorhydrate de cocaïne...	0,10 centigr.
Salicylate de soude......	0,25 »
Ethoxycaféine............	0,25 »
Sirop de sucre............	20 gr.
Eau de tilleul...........	60 »

Le Dr Sarda, dans sa thèse d'agrégation, conseille, outre les soins qui s'adressent à l'état constitutionnel et le traitement symptomatique qui tire ses indications des causes occasionnelles, l'emploi des polybromure à haute dose et l'hydrothérapie.

Il faut signaler, en outre, le guarana et la mixture de Broadbury (citrate de fer ammoniacal, bromure de potassium, noix vomique et glycérine). Quelques auteurs, Saligmuller entre autres, ont employé le salicylate de soude qui paraît avoir amendé la migraine, principalement celle d'origine arthritique.



134. — Traitement des terreurs nocturnes de l'enfance. — Le Dr Atkinson formule ainsi le précepte à suivre dans le traitement des terreurs nocturnes si fréquentes chez les enfants :

« — Il faut toujours essayer de prévenir les attaques par un dîner léger, composé d'aliments d'une facile digestion ; éviter les stimulants, comme le café et le thé ; faire coucher l'enfant dans une chambre suffisamment éclairée, pour que ses yeux ne soient pas obligés de se fatiguer pour reconnaître la nature des objets qui sont dans sa chambre.

Il faut se rappeler que, fréquemment, dans l'obscurité, même un objet bien connu, offre une mauvaise apparence.

L'enfant sera couvert de manière à empêcher l'accumulation de la chaleur naturelle, et ne sera pas surchargé, car cela seul peut le rendre inquiet, sujet à un sommeil agité, et ainsi le prédisposer à une attaque.

Si une attaque vient à se présenter, il faut caresser l'enfant de la manière la plus bienveillante et ne pas chercher à se rendre maître de l'excitation par des paroles dures et la crainte des coups. Il est bien préférable pour la mère ou la nourrice de coucher auprès de

l'enfant et par sa présence, le garder, pendant son sommeil, dans un sentiment de confiance et de sécurité.

Le traitement général, dans ce cas, est l'emploi du bromure de potassium. Mais, lorsque l'affection semblera être causée par la présence d'un parasite, il faudra appliquer un traitement vermifuge.



135. — Diététique des albuminuriques. — Il n'est pas rare de rencontrer l'albuminurie compliquer les affections de l'appareil utéro-ovarien.

Dans sa thèse inaugurale, le Docteur Nollet se résume ainsi à ce sujet :

1° Le régime lacté est l'alimentation qui a donné jusqu'à présent les meilleurs effets durant le cours de l'albuminurie ;

2° Cette médication n'est pas applicable à toutes les formes et ne peut pas être prolongée trop longtemps, sans exposer la malade à de sérieux inconvénients ;

3° L'albuminurique doit éviter les repas abondants ; elle mangera souvent, mais peu à la fois ;

4° On ne peut déterminer d'avance quelle substance animale peut être ingérée impunément par la malade ; cela dépend de la susceptibilité individuelle ;

5° Le poisson semble favoriser le passage de l'albumine dans l'urine.



136. — Purgatif pour les femmes enceintes. — M. Menière conseille le purgatif suivant qu'on peut administrer aux femmes enceintes sans inconvénients ; à celles qui, obligées de garder le lit et sous le coup d'une fausse couche imminente, ne peuvent plus aller à la garde-robe ; aux femmes atteintes d'affections congestives, péri-utérines ou utérines, ménorrhagies, métrorrhagies.

Eau de Seltz..........	1 verre.
Sulfovinate de soude....	15 gr.
Sirop de groseilles......	40 gr.

M. et faites dissoudre à froid.



137. — Solution et suppositoire contre le cancer utérin. — Le docteur Braun a conseillé l'émulsion suivante qu'il emploie en injections vaginales pour diminuer la fétidité de l'écoulement qui accompagne le cancer utérin.

Goudron de hêtre.........	20	gr.
Mucilage de gomme........	20	—
Eau distillée...............	400	—

Pour calmer les douleurs occasionnées par le cancer, on aura recours aux suppositoires suivants :

Chlorhydrate de morphine.. de 0 gr. 10 à 0 gr. 30 c.
Beurre de cacao......... Q. S. pour six suppositoires.
Un à trois dans les vingt-quatre heures.



138. — Traitement des papillômes de l'orifice uréthral. — Le D[r] Menière fait remarquer que l'opération des fongosités, tumeurs vasculaires, papillômes, etc., de l'urèthre de la femme est excessivement délicate. La douleur, l'hémorrhagie, la difficulté d'aller aussi loin qu'il serait parfois nécessaire de le faire, mettent souvent le chirurgien dans l'embarras.

L'auteur recommande l'application de cylindres de Canquoin, de 1 à 2 centimètres de long, suivant les cas, sur 4 à 5 millimètres de diamètre. On sèche d'abord avec soin toute la zone de muqueuse péri-uréthrale, puis on l'enduit d'une couche de collodion liquide. Le bâton de pâte est enfoncé dans l'urèthre, et pour l'y maintenir on introduit dans le vagin, à l'aide du porte-mèche, une mèche très volumineuse imprégnée d'une solution concentrée de bicarbonate de soude. L'appareil est défait au bout de six à huit heures et toutes les fongosités sont détruites. La cicatrisation est lente, mais elle n'est jamais suivie de rétrécissement.



139. — Injections d'acide phénique dans le traitement des hémorrhoïdes. — Ce mode de traitement a été le sujet d'études nombreuses faites par divers auteurs. Voici, d'après le D[r] Kelsey, le manuel opératoire qu'il conseille :

1° Ne se servir pour les solutions que d'acide phénique cristallisé le plus pur, de glycérine la plus pure, et d'eau distillée. Les solutions doivent être transparentes et l'acide bien dissous. La quantité de glycérine n'a pas d'importance, on en met suffisamment pour clarifier la solution. Dès que celle-ci commence à prendre une teinte jaune, il faut la remplacer.

2° Ne faire usage que d'aiguilles hypodermiques les plus fines et les plus parfaites, ainsi que d'une seringue qui fonctionne très bien et qui soit très propre. Après chaque injection on devra nettoyer la seringue.

3° Avant de faire l'injection, faire prendre un lavement d'eau chaude et laisser la malade faire des efforts afin que les tumeurs hémorrhoïdales apparaissent le plus possible au dehors. Choisir la plus volumineuse, et y injecter cinq gouttes de la solution, autant que possible au centre de la tumeur, en ayant soin de ne pas aller trop profondément, de peur de perforer la paroi rectale. Si les hémorrhoïdes ne font pas saillie au dehors, on peut se servir d'un tenaculum pour les y attirer. Une fois l'injection faite, on remet les parties en place et on observe la malade pendant quelques minutes, afin de voir si elle n'éprouve pas une douleur trop violente. En général, l'injection détermine une cuisson immédiate quand on la fait près du bord de l'anus ; si on la fait au-dessus du sphincter externe, l'opérée peut ne pas sentir la piqûre, puis, au bout de quelques minutes, elle ressentira de la cuisson. Dans quelques cas, ce n'est qu'au bout d'une demi-heure que la malade éprouve de la douleur, mais alors elle est très vive et cède après quelques heures. Si elle augmente au lieu de disparaître et si, le lendemain elle est assez marquée pour empêcher la malade de rester couchée sur le dos, c'est signe qu'il va se former de la gangrène. Comme on ne peut connaître l'effet d'une injection qu'au bout de vingt-quatre heures, il sera préférable d'attendre ce temps pour attaquer une autre tumeur.

Le titre de la solution peut être réglé selon la nature du cas ; il varie de 5 pour 100 jusqu'à l'acide cristallisé pur.



140. — L'hydrothérapie dans les hémorrhagies utérines. — Le Dr Duval a plusieurs fois signalé l'efficacité remarquable de l'hydrothérapie dans les hémorrhagies de l'utérus.

L'auteur cite une nouvelle observation à l'appui :

Une dame, âgée de 43 ans, ayant eu plusieurs enfants, lui est adressée par un de ses confrères. A la suite d'une vive émotion, elle fut prise d'une perte abondante qui exigea un mois de repos au lit, où elle continua pendant quelque temps à perdre à flots, dit-elle ; cet état durait déjà depuis quelque temps et paraissait vouloir se perpétuer ; la malade était obligée de garder le lit au moins 15 jours dans un mois. Aussi était-elle devenue blême, couleur de cire, c'était un cadavre vivant, elle ne digérait plus, marchait à peine, soutenue par un de ses fils, le sommeil était nul, des cauchemars continuels l'assiégeaient, la vue était trouble, les garde-robes difficiles.

On constate à la région précordiale et sur le trajet des carotides un bruit de souffle très prononcé. Souvent Mme X... tombait en syncope.

On commence le traitement par une douche en jet brisé promenée sur tous les membres supérieurs pendant une demi-minute, eau à 10°. Après la douche, la malade fait deux tours de jardin et se couche. — Comme boisson, l'eau froide, et comme aliments, la malade est libre de choisir, mais rien de chaud.

Le lendemain et les jours suivants, la douche en jet brisé est remplacée par celle en pluie, d'une demi-minute.

Le 12, on ajoute celle en pomme d'arrosoir sur le creux de l'estomac.

Le 6, les pertes étaient revenues assez fortes, notre malade reste 3 jours au lit et dès le quatrième jour on lui administre, matin et soir, la douche en pluie d'une demi minute.

Le 12, les pertes sont à peine sensibles, l'appétit est encore très peu développé.

Le 10, la malade se sent un peu plus forte, mais la vue est toujours très faible, elle commence à manger avec un peu de goût.

Même traitement. — Le 25, les pertes reparaissent de nouveau, encore avec violence. Cette fois, on continue l'administration de la douche.

Le 3 août, notre malade commence à marcher seule dans le jardin, mais pas longtemps, elle n'est plus suivie d'une personne qui porte un pliant de crainte de tomber en syncope.

Le 8 août, une nouvelle perte se montre, mais insignifiante, l'appétit est bon, le sommeil n'est plus mauvais, les garde-robes son bonnes, la marche aussi.

Le bruit de souffle a beaucoup diminué, le traitement est continué pendant encore un mois, et la malade nous quitte tout à fait contente d'avoir recouvré la santé.



142. — Traitement des tumeurs blanches chez les enfants. — Le Dr Cazin, de Berk-sur-Mer, emploie le pansement de Scott modifié, et il y procède de la façon suivante :

Sur une couche de coton cardé de grandeur suffisante, il applique une forte quantité d'une pommade ainsi préparée :

Onguent napolitain,	250	grammes.
Camphre,	50	—
Cire jaune,	60 à 80	—

L'articulation malade ayant été complètement entourée de cette pièce de pansement, à laquelle on a eu soin de faire dépasser notablement les points d'attache des ligaments articulaires, on prend du diachylum très agglutinatif, coupé en bandelettes de 2 à 3 centimètres de largeur et ayant une longueur suffisante pour entourer le membre malade et pour qu'en outre les extrémités de chaque bandelette puissent se croiser l'une sur l'autre.

On les applique imbriquées, comme dans le pansement classique, par occlusion des plaies de la jambe. Cette carapace emplastique ne doit pas dépasser, au contraire, la couche de coton cardé. Sur cette carapace, on enroule une nouvelle couche d'ouate, laquelle est recouverte, à son tour, par une bande silicatée.



143. — Traitement du prurit vulvaire. — Le Dr Martineau fait remarquer que le traitement rationnel du prurit vulvaire comprend 3 indications à remplir : 1° traiter la maladie constitutionnelle dont la vulvite est la conséquence ; 2° traiter la lésion, cause immédiate du prurit ; 3° traiter le phénomène morbide, prurit. Comment remplit-on la dernière de ces indications ?

Lorsqu'on se trouve en présence d'un état aigu, tel qu'une vulvite au début, l'auteur conseille d'employer les émollients, les cataplasmes de fécule, les lotions avec de l'infusion de belladone, d'aconit, de

tête de pavot, ou bien avec une solution de bromure de potassium au 150ᵉ ou de chloral au 50ᵉ. Il recommande de faire ces lotions plutôt chaudes que froides ; on peut remplacer les cataplasmes par des compresses de linge fin imbibées d'une décoction de feuilles de sureau ou de myrrhe.

Lorsque l'état aigu est calmé, on fait deux ou trois lotions par jour avec une solution de sublimé au 30ᵉ ; parfois il sera utile de pratiquer de légères cautérisations au nitrate d'argent, parfois l'application de tranches de citron sur la vulve, soulagera les malades. Le soir, s'il y a de l'irritation des téguments, on pourra les enduire d'une pommade composée de 50 grammes de glycérolé d'amidon à la glycérine neutre additionné de 1 gramme de tannin, de calomel, d'extrait de belladone ou d'huile de cade, suivant les circonstances.

FORMULAIRE

—

Des applications de collodion iodoformé sur l'abdomen dans les cas de pelvi-péritonite ou de phlegmon péri-utérin.

(J. Chéron.)

Dans ces derniers temps, le collodion iodoformé a été préconisé par MM. Browning et Bartley dans le traitement des névralgies et par M. Moleschott dans le traitement des adénites chroniques. Ces auteurs en ont obtenu de remarquables résultats, résultats que j'ai pu contrôler depuis quelque temps et que je ne puis que confirmer.

Depuis longtemps, j'emploie le collodion, d'après la méthode de Robert de la Tour, dans les affections douloureuses et inflammatoires de l'abdomen (pelvi-péritonite et phlegmon). Le bon effet de cette médication ne saurait être mis en doute. L'expérience a prononcé. Mais ce qu'il importe de reconnaître, c'est que, en dehors de l'action réductrice, si je puis m'exprimer ainsi, que cette application exerce sur ces tumeurs, son effet sur la douleur est aussi fort remarquable. C'est pourquoi ce moyen

remplace avec avantage les applications de glace, les cataplasmes et les pommades.

Je me suis demandé si l'emploi de collodion iodoformé, qui donne de si brillants résultats dans les névralgies et dans les adénites, ne réussirait pas mieux que le collodion riciné simple. Le résultat a confirmé mes prévisions.

Dans un cas de pelvi-péritonite consécutive à une endométrite cervicale avec ulcération, je conseillai les applications de collodion iodoformé à 5 %, et la disparition des douleurs, qui étaient très vives, fut, pour ainsi dire, instantanée.

Lorsque, quelques jours après, la couche de collodion, que j'avais appliquée très épaisse, commença à se détacher, je crus pouvoir la remplacer par une couche de collodion simple Quoique la maladie fut déjà en voie de résolution, la malade se trouva moins bien ; il survint quelques douleurs lancinantes ; aussi réclama-t-elle le collodion jaune, comme elle l'appelait.

Le collodion iodoformé fut appliqué de nouveau, et les douleurs disparurent.

Dans plusieurs autres cas de pelvi-péritonite ou de phlegmon, j'ai pu constater l'action extrêmement rapide des applications de collodion iodoformé sur la douleur, et constater ainsi la supériorité du collodion élastique iodoformé sur le collodion riciné simple.

La formule est la suivante :

Collodion riciné......	100 gr.
Iodoforme...........	5 gr.

Cette quantité suffit pour une bonne application. Ce collodion ne présente qu'un seul inconvénient, bien compensé d'ailleurs par ses avantages, c'est son odeur à laquelle cependant la malade s'habitue très vite et à laquelle elle est moins sensible que son entourage.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. Cent trente-neuf ovariotomies opérées par Lawson-Tait sans un seul décès. — Antisepsie et habileté opératoire.

II. Du rôle des irritations locales dans l'éclosion de la carcinose.

I. Le *British Medical Journal* du 15 mai 1886 nous apporte l'écho du discours prononcé par Lawson-Tait, à Birmingham, où l'habile chirurgien anglais a publié les résultats des cent trente-neuf ovariotomies pratiquées par lui dans ces deux dernières années. Il n'a eu à enregistrer que des succès opératoires: pas une seule de ses malades n'a succombé.

Aussi, rappelant le mot de Baker-Brown : « La péritonite, voilà l'ennemi ! » se croit-il autorisé à dire que la chirurgie moderne a vaincu cet ennemi redoutable et ne considère-t-il plus l'inflammation du péritoine comme une contre-indication à la laparotomie. Toute péritonite suppurée doit être considérée comme un abcès ordinaire et traitée comme tel par l'ouverture de l'abdomen, le lavage de la cavité et le drainage : et en effet on a pu, à diverses reprises, tant en Angleterre, qu'en Allemagne, et en France, obtenir des succès, jadis inespérés, par cette manière d'agir.



Et cependant Lawson-Tait ne pratique pas la méthode antiseptique dans toute sa rigueur; il ne se sert pas en particulier du spray phéniqué auquel beaucoup d'auteurs attribuent les bons résultats qu'ils ont obtenus. Il fait le lavage avec de l'eau portée à la température du sang, sans y adjoindre aucun corps antiseptique. Il s'attache, il est vrai, à restreindre autant que possible la longueur de l'incision abdominale et la réduit à deux pouces, mais ce n'est pas dans la crainte de toucher au péritoine désormais vaincu, mais pour éviter la hernie abdominale consécutive, et c'est également en vue de prévoir cette complication qu'il réunit la plaie par des sutures embrassant toute l'épaisseur des tissus et accolant parfaitement bien en regard les uns des autres la peau, les fascia, les muscles et le péritoine.

Pour lui, deux faits rendent compte de ses succès : le premier, c'est qu'il opère de bonne heure sans s'attarder à faire des ponctions exploratrices, sans reculer le moment d'intervenir par des ponctions palliatives qui augmentent les dangers de l'intervention bientôt indispensable, en déterminant des adhérences multiples, une des plus grandes difficultés de l'opération. Le second, c'est la réduction de la longueur de l'incision abdominale, qui n'est pas un obstacle à la réussite pour un chirurgien adroit.

Il laisse en effet entendre que l'antisepsie n'est qu'une chose accessoire dans l'ovariotomie; ce qui est tout, c'est l'habileté opératoire, et tout le monde sait avec quelle élégance et quelle rapidité, vraiment admirables, il enlève si heureusement, à travers une incision presque trop petite, toutes les tumeurs ovariques : kystes ovariques et parovariques ou abcès des ovaires. On ne peut évidemment qu'applaudir à ce chant de triomphe d'un chirurgien très heureux, c'est-à-dire très adroit, car, en fait d'opérations, surtout lorsqu'on réunit un aussi grand nombre de cas sans un seul échec, ce que quelques-uns appellent de la chance, se résume en ceci : savoir préparer ses malades à l'intervention, opérer avec habileté, et donner des soins consécutifs appropriés. Aussi tous les lecteurs ont-ils regretté justement que Lawson-Tait n'ait pas eu le loisir ou la bonne idée de décrire d'une façon complète sa manière de faire avant et après l'opération.

L'importance des soins préparatoires et des soins consécutifs est une vérité sur laquelle nous appelons souvent l'attention de nos auditeurs à la clinique de la rue de Savoie ; c'est du reste un sujet sur lequel nous reviendrons bientôt dans cette Revue.

II. A la séance du 1er avril 1886 de la Société médico-chirurgical de Liège, le Dr Fraipont a montré un sein qu'il a amputé au commencement du mois de septembre dernier, après avoir constaté l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, arrondie, bien limitée de toutes parts, non adhérente à la peau, ni aux tissus sous-jacents, d'une consistance assez dure et uniforme, et très douloureuse au toucher. Il avait fait le diagnostic de carcinome, vérifié du reste à l'examen histologique ; mais le fait le plus intéressant est que le néoplasme s'était développé autour de deux aiguilles « longues d'un centimètre et demi environ, placées parallèlement à quelques millimètres l'une de l'autre, dans la partie superficielle de la tumeur un peu au-dessus du mamelon et perpendiculairement à la peau. » Bien plus, la tumeur ayant récidivé, on enleva, au mois de novembre, un petit noyau carcinomateux, du volume d'une noisette, au centre duquel on constata « un fil à ligature qui avait été jeté sur un vaisseau lors de la première opération et abandonné dans la plaie ».

Cette communication est du plus grand intérêt, elle montre que, étant donné une malade diathésique, ou, si l'on aime mieux, prédisposée au cancer, les moindres irritations locales suffisent à amener l'éclosion du néoplasme. Ceci est surtout vrai en ce qui concerne les organes génitaux de la femme, et nous nous associons complètement, pour notre part, aux conclusions de Breisky et de tous les gynécologistes qui pensent que l'ectropion, conséquence naturelle de l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical, est souvent le point de départ de l'épithélioma du col, lorsqu'il est irrité par des manœuvres thérapeutiques mal conçues ou par son glissement continuel sur le plancher vaginal quand l'utérus est en abaissement avec exagération de son antéversion normale. Aussi avons-nous pris pour règle, surtout dans les cas où l'hérédité est suspecte, d'opérer largement les ectropions

anciens qu'un traitement dirigé contre l'endométrite initiale ne peut guérir.

Grâce à l'ablation complète, par le feu, suivant le procédé que nous pratiquons et préconisons depuis longtemps, nous espérons mettre nos malades à l'abri de cette terrible affection, contre laquelle la chirurgie moderne elle-même est presque impuissante et jusqu'ici aucun fait n'est venu démentir cette espérance.

Cette nécessité de ne pas irriter les plaies, même les plus minimes, chez les sujets prédisposés, nous a été démontrée d'une façon évidente dans un cas qui nous a vivement frappé. Une malade, douée d'un état général excellent, portait depuis des années une fistule anale complète, très gênante, mais n'altérant en rien sa santé ; un examen minutieux nous avait du reste démontré qu'il n'y avait là aucune production maligne. L'interne de notre service de Saint-Lazare, où cette personne était soumise à notre observation, ayant désiré voir appliquer la méthode de traitement du Dr Mollière (de Lyon) par la dilatation et le raclage, cette méthode fut employée : il en résulta bientôt une poussée spontanée d'épithélioma tout le long de la fistule, ce qui conduisit la malade à la mort en 18 mois.

CLINIQUE DE L'HOPITAL BEAUJON

M. Léon LABBÉ.

Ablation partielle des tumeurs fibreuses.

Voici la malade que nous avons opérée il y a huit jours ; elle m'avait été adressée par notre excellent confrère, le docteur Finot.

Au point de vue clinique, cette malade était sans histoire : quelques acccuchements faciles, et voilà tout.

Il y a quelque temps déjà, elle avait vu son ventre prendre certaines proportions insolites et des pertes blanches, infectes et très abondantes, survenir avec des douleurs d'expulsion.

A la palpation, nous constatâmes qu'il y avait dans le ventre une masse dure, s'élevant jusqu'à l'ombilic et occupant le bassin.

Au toucher, une masse molle, à surface gangrenée exhalant une mauvaise odeur, étranglée par le col aminci et largement dilaté, cette masse se continuant dans la cavité utérine, sans qu'il fût possible d'en fixer les limites.

Au premier abord, on eût pu prendre cette masse, du volume du poing, pour un champignon cancéreux (épithélioma) ; mais, l'absence de douleurs, la continuité de cette masse intra-vaginale avec la tumeur qui est dans l'utérus et s'étend jusqu'à l'ombilic, nous firent apprécier qu'il y avait là une tumeur fibreuse intra-cavitaire, engagée dans le col par son extrémité inférieure, avec commencement de dilatation. Mais l'utérus, à bout de forces, n'avait pas pu pousser plus loin le dégagement de la tumeur et la partie enserrée avait été atteinte de sphacèle.

Quelle conduite avions-nous à tenir ?

Il ne nous était pas permis de laisser cette malade dans cet état. Il fallait, au moins, la débarrasser de la portion gangrenée faisant procidence dans le vagin. Je dus, en votre présence, placer, aussi haut que possible, l'anse galvano-caustique.

Je vous fis remarquer, en appliquant le spéculum, que le vagin semblait peu dilatable ; ayant subi un commencement de dégénérescence sénile, et sur la face antérieure, je vous signalai la présence d'une forte bride, qui devait compliquer encore les difficultés d'une opération déjà si scabreuse.

La vulve et le vagin furent aussi largement ouverts que possible, à l'aide des valves de Sims, et, comme il était facile de le voir, il était impossible, si les choses restaient en l'état, de porter dans l'intérieur de l'utérus, l'anse galvano-caustique sans déchirer le col.

Pour ne pas nous exposer à des accidents septiques, je fis un certain nombre d'incisions avec le couteau du galvano-cautère, et je portai alors, à une assez grande hauteur, l'anse galvano-caustique : Il n'y avait pas un étranglement suffisant à la base de cette petite tumeur pour me permettre de maintenir l'anse ;

aussi, je fus obligé de pratiquer le morcellement, à l'aide de longs ciseaux courbes.

Une grande partie de la masse sphacélée ayant été enlevée, je pus faire usage de l'anse pour pratiquer l'ablation d'une petite portion de la tumeur qui était pédiculée.

Ceci fait, je fus d'avis de ne pas pousser plus loin cette opération, parce que la masse restante était immobile, appuyée sur le rebord du bassin ; elle ne se laissait pas abaisser, même dans la plus petite mesure.

Il eût été imprudent de tenter d'aller plus loin. La chose, d'ailleurs, n'eût pas été possible, sans danger.

Dans quelques circonstances, il m'est arrivé d'enlever ainsi une portion de tumeur qui, engagée dans le col, donnait lieu à des hémorrhagies ; il est bien entendu que tous les moyens antiseptiques étaient mis en œuvre. Ce genre d'opération n'avait jusqu'ici, entre mes mains, donné lieu à aucun accident.

Dans le cas présent, avec les soins antiseptiques, c'est-à-dire les pansements à la glycérine iodoformée, maintenus en permanence sur la section, j'espérais que nous obtiendrions un résultat favorable.

J'appelle votre attention, en terminant, sur un accident qui s'est produit au cours de l'opération, et qui est imputable à la difficulté d'extension du vagin que je vous ai signalée en commençant : c'est la déchirure de la paroi postérieure de ce conduit, en arrière du col de l'utérus. Cette déchirure, qui s'est faite sur une longueur de 5 à 6 centimètres, devait être suturée avec soin dans quelques jours, alors qu'il n'y eût plus eu rien à craindre du côté de la surface de section.

Notre opérée est restée dans un état à peu près satisfaisant pendant 48 heures avec une température moyenne de 38°2. Au troisième jour un grand frisson a eu lieu ; la température s'est élevée à 39° dans la soirée et s'est maintenue jusqu'au milieu du quatrième jour. Les accidents se sont précipités et la malade a succombé à l'envahissement des accidents septiques le sixième jour après l'opération.

A l'autopsie, nous avons trouvé, dans le petit bassin, du pus provenant d'une masse inflammatoire ramollie et rompue. Avons-nous fait l'opération dans ces conditions ? C'est possible, c'est même probable, étant donnés les accidents d'intoxication septique antérieurs à l'opération, dont nous n'avons eu connaissance qu'après la mort de la malade.

Comme je vous le disais tout à l'heure, il m'est arrivé un certain nombre de fois d'enlever une portion de tumeur fibreuse engagée dans le col et donnant lieu à des accidents. Jusqu'à ce jour, j'avais eu l'heureuse chance d'enrayer ces accidents à l'aide de ce moyen et la réparation s'était faite rapide et simple.

Aujourd'hui, nous avons été moins heureux. Cette malade est arrivée de la campagne, adressée à notre confrère qui nous l'a conduite aussitôt. Nous n'avions ni l'un ni l'autre aucun renseignement à son sujet et son état d'épuisement aussi bien que le faible développement de son intelligence s'étaient opposés à toute explication.

Nous avons opéré dans un état d'intoxication septique ; voilà, à mon avis, la seule cause de cet insuccès.

Il ne faudrait pas, pour cela, rejeter l'ablation partielle des fibrômes, que l'emploi des moyens antiseptiques permet de pratiquer avec les meilleures chances de succès.

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE.

Service de M. le Dr CHÉRON

Leçon recueillie par M. Jules Batuaud, interne du service.

—

Un cas de vaginisme lié à une affection utérine.

Messieurs,

Voici une jeune femme qui vient nous consulter pour la première fois. Agée de 22 ans, exerçant la profession de couturière, elle a été réglée à 17 ans, toujours régulièrement, sans douleurs;

elle a des pertes abondantes de 8 jours de durée. Elle est sujette aux pertes blanches.

Mariée depuis deux ans, elle n'a eu ni enfants ni fausses couches, mais depuis six mois elle éprouve des douleurs dans le bas-ventre et quelquefois dans les reins. Les douleurs sont surtout vives dans les rapports sexuels au point de les rendre impossibles. C'est à l'orifice vulvaire que la malade souffre et elle accuse une sorte de constriction douloureuse de cette région.

Les troubles de voisinage consistent en des envies très fréquentes d'uriner avec douleurs dans les mictions à certains moments, et en une constipation opiniâtre.

Comme réflexes; la malade se plaint surtout de troubles digestifs : diminution de l'appétit, gonflement d'estomac, ballonnements du ventre, chaleurs et rougeurs au visage après les repas, digestions lentes et pénibles.

On trouve de la douleur à la pression des apophyses épineuses des 7e et 8e vertèbres dorsales.

Nerveuse et impressionnable ; elle a eu des gourmes étant enfant.

Ainsi que vous le voyez, Messieurs, le symptôme dominant dans l'observation qui précède est l'impossibilité des rapports sexuels par suite d'une constriction douloureuse rapportée par la malade à la région vulvaire ; les autres symptômes sont les troubles de voisinage et les troubles réflexes qu'on observe dans la plupart des affections du système génital de la femme. Il s'agit évidemment ici du syndrôme clinique auquel Marion Sims, en 1861, a donné le nom de vaginisme et qu'il a défini : une hyperesthésie excessive de l'hymen et de la vulve, associée à la contraction spasmodique et involontaire du sphincter vaginal, — et aussi, dois-je ajouter, de tous les muscles du périnée, et en particulier du transverse du périnée, — qui s'oppose au coït.

Tel est, en effet, le vaginisme qu'on a le plus souvent occasion d'observer ; je dois vous dire cependant que, très exceptionnellement, il existe isolément une contracture spasmodique du muscle releveur de l'anus ; c'est ce que Hildebrandt a décrit sous

le nom de *vaginisme supérieur*. Il ne saurait être question de cette variété chez notre malade, autant du moins qu'on peut le dire d'après l'interrogatoire très méthodique qui a été fait.

Le vaginisme est un syndrôme clinique toujours de nature réflexe : J'ai, dès 1880 (1), démontré le rôle de la moelle dans cette affection en publiant des observations où non seulement les apophysialgies douloureuses des 7e et 8e vertèbres dorsales associées ou non à la névralgie lombo-abdominale, prouvaient l'existence d'une irritation spinale localisée, mais encore dans lesquelles, une médication ayant pour but de faire cesser l'hyperexcitabilité de la région irritée de la moelle, a pu triompher de vaginismes rebelles aux méthodes habituelles de traitement.

Les irritations périphériques qui sont le point de départ de l'irritation spinale, cause pathogénétique du vaginisme, peuvent siéger dans le rectum, l'urèthre ou les voies génitales.

Du côté du rectum, ce sont les fissures à l'anus qui sont le plus justement incriminées ; les hémorrhoïdes enflammées et les fistules anales agissent de la même façon.

Les polypes de l'urèthre, même ces polypes tolérants dont les malades n'ont, pour ainsi dire, pas conscience, sont plus rarement la cause de l'affection.

Habituellement c'est à la vulve, dans le sillon hyménéo-vulvaire qu'on trouve la lésion initiale : l'hymen, dur et résistant, très sensible , a été incomplètement déchiré dans les premiers rapports conjugaux, le sillon hyménéo-vulvaire est rouge, injecté, comme chez une malade que je vous ai présentée le mois dernier. Quelquefois c'est un névrôme, un tubercule sous-cutané qui est la cause des accidents, comme Sims en a rapporté un exemple très démonstratif.

Les fissures vulvaires ou vaginales peuvent engendrer également le vaginisme et vous savez tous qu'il existe, à un degré plus ou moins prononcé, dans la plupart des cas de vaginite.

(1) Jules Chéron.— Contribution à l'étude de l'origine spinale du vaginisme, et *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, avril 1880.

Enfin Scanzoni et Raciborsdki croient que la dysménorrhée, les métrites et les périmétrites s'accompagnent de contractures spasmodiques du sphincter vaginal et du transverse du périnée chez un certain nombre de malades ; néanmoins c'est la variété étiologique que l'on voit le moins fréquemment.

Appliquons ces données étiologiques au cas que nous avons à soigner et pour cela examinons méthodiquement la malade. Au pincement de la peau de l'abdomen je trouve les points hypogastriques et iliaques de la névralgie lombo-abdominale, nouvelle preuve de la théorie pathogénétique que je soutenais tout-à-l'heure devant vous. La pression profonde ne détermine aucune douleur.

L'examen de la région anale et de l'urèthre nous donne des résultats négatifs ; il faut donc chercher du côté des organes génitaux.

La vulve n'est le siège d'aucune lésion, l'hymen a été largement déchiré, les caroncules myrtiformes ne sont pas douloureuses ; il n'existe aucune injection vasculaire du sillon hyménéo-vulvaire. Bien mieux, je puis introduire la première phalange de l'index et déprimer la fourchette sans déterminer de douleur : le sphincter vaginal ne se révolte pas contre mon exploration.

Poursuivons nos recherches ! Voici que mon doigt est fortement soulevé par la contracture du transverse du périnée, la malade se recule en poussant un cri ; le vaginisme, en conséquence, ne peut être nié, mais il reste à en déterminer la cause qui, en l'absence de toute leucorrhée vaginale, doit résider dans l'utérus lui-même. Nous serions en présence d'une rareté pathologique, il est vrai, mais le cas n'en serait que plus digne d'attirer votre attention.

Je prends un spéculum bivalve très petit, celui qu'on est convenu d'appeler le spéculum virginal ; je vais essayer de l'introduire et de découvrir le col ; mais avant, il faut pratiquer le toucher vaginal.

Le col est, autant qu'il m'a été possible de le constater dans un examen très rapide, à cause des douleurs violentes qu'il déter-

minerait, plus mou qu'à l'état normal et il est excessivement sensible, comme dans les cas dénommés « utérus irritable » par les auteurs anglais.

Le spéculum introduit, non sans peine, jusqu'au fond du vagin nous montre un col rouge, luisant, siège d'un ectropion granuleux qui s'étale sur ses deux lèvres et qui est l'indice d'une endométrite cervicale en voie d'évolution.

En résumé, Messieurs, il s'agit, dans ce cas, d'une contracture spasmodique du transverse du périnée aves hyperesthésie vulvo-vaginale, en un mot d'un vaginisme réflexe déterminé par une endométrite cervicale avec double ectropion granuleux ; l'intermédiaire entre la lésion initiale et le réflexe est représenté par l'irritation spinale localisée qui se revèle elle-même par l'existence d'apophysialgies des 7e et 8e vertèbres dorsales et d'une névralgie lombo-abdominale intense.

Quel traitement allons-nous conseiller à cette jeune dame ? Il faut, avant tout, éteindre l'irritation spinale et pour cela nous allons lui ordonner du bromure de potassium (2 grammes par jour), des frictions sédatives sur la région des reins avec le liniment éthéré-chloroformé que vous connaissez ; si ces moyens sont insuffisants, on fera, le long du rachis, de nombreuses et fines punctures, ou bien on appliquera de petits vésicatoires.

La malade pratiquera des injections vaginales émollientes avec de l'eau de son, de guimauve, de morelle et de pavot, et nous obtiendrons par ces divers moyens une diminution assez considérable du vaginisme pour nous permettre de porter directement remède à l'endométrite cervicale et à l'ectropion, point de départ des troubles que nous avons à combattre.

CONTRIBUTION

au traitement de la contracture douloureuse du col de la vessie d'origine réflexe, chez la femme.

Par le Dr R. Fauquez, médecin-adjoint de Saint-Lazare.

La contracture douloureuse du col de la vessie, chez la femme, aussi nommée cystalgie, est caractérisée par des difficultés de la

miction accompagnées de violentes douleurs au niveau du col vésical, douleurs qui se propagent tout le long du canal de l'urèthre. Les malades éprouvent de fréquentes envies d'uriner qu'elles ne peuvent satisfaire, le col de la vessie contracté s'opposant à la sortie de l'urine ou ne laissant passer, malgré les plus violents efforts, qu'un jet filiforme, interrompu et sans projection. Cette situation est extrêmement pénible pour elles, car la douleur qu'elles ressentent pendant toute la durée de la miction persiste souvent après, au point de donner lieu quelquefois à une véritable crise arrachant des cris aux malheureuses patientes.

Si, chez les personnes atteintes de contracture du col de la vessie, on veut pratiquer le cathétérisme, la sonde utérine la plus mince, la bougie du calibre le plus fin franchissent aisément le canal de l'urèthre, mais se trouvent arrêtées au niveau du col, et ce n'est qu'avec la plus grande difficulté, souvent même qu'après avoir fait usage de calmants et d'anesthésiques locaux qu'on parvient à franchir cet obstacle.

Bien qu'il convienne de distinguer une contracture douloureuse idiopathique et une symptômatique, il est permis de dire que la contracture idiopathique est extrêmement rare, tellement rare que bien des auteurs se demandent si elle existe réellement, tandis que d'autres se refusent même à en admettre l'existence. L'anatomie pathologique et la connaissance des processus pathogénétiques tendent, du reste, à restreindre de plus en plus le cadre des cystalgies idiopathiques. Les cas considérés autrefois comme des affections essentielles, névralgies du col vésical, vessies irritables des Anglais, etc., sont regardés aujourd'hui comme des troubles en rapport avec des causes qu'il faut chercher du côté des voies urinaires ou des organes voisins. Ce spasme douloureux du col de la vessie est donc, dans la grande majorité des cas, sinon toujours, symptômatique d'une affection soit du canal de l'urèthre, soit de l'utérus et de ses annexes, soit d'autres organes voisins de l'appareil génito-urinaire.

Les uréthrites chroniques, le prolapsus de la muqueuse uréthrale les tumeurs de l'urèthre, papillômes, tumeurs vasculaires, polypes fibreux ou muqueux ; les affections utérines, métrites,

ulcérations du col, etc., les calculs urinaires, les fistules, les fissures à l'anus, les maladies du rectum, sont susceptibles de provoquer, par phénomène réflexe, des spasmes et des contractures douloureuses du col de la vessie.

Dans ces conditions, le traitement de la contracture spasmodique douloureuse du col vésical ne doit pas s'adresser uniquement au symptôme même, qu'il faut considérer comme un phénomène secondaire consécutif à une affection soit de l'utérus, soit de l'urèthre, soit du rectum, mais bien être dirigé contre celle de ces affections qui lui a donné naissance. Et, cependant, malgré les modifications que peuvent amener l'amélioration et même la guérison de ces affections primitives, on voit souvent la contracture persister pendant longtemps ou, tout au moins, récidiver sous la plus légère influence.

Pourquoi la guérison de la lésion primitive n'entraîne-t-elle pas la cessation immédiate du spasme ?

Parce que, quand un symptôme douloureux se manifestant dans une région quelconque de l'organisme n'est qu'un phénomène secondaire sous la dépendance d'une lésion primitive siégeant dans un autre organe, il est le résultat d'une action réflexe dont le point de départ est l'organe affecté, le point de réflexion la région douloureuse et dont le centre de réflexion est localisé en une partie quelconque de l'axe cérébro-spinal.

Si l'on néglige de rechercher ce centre réflexe et de diriger sur lui un traitement propre à l'éteindre, on s'expose à voir durer le phénomène secondaire très longtemps, et, en cas de guérison, à le voir récidiver.

Le centre des contractions réflexes du sphincter vésical, ainsi que des muscles de la vessie, a été localisé par Giannuzzi au niveau de la 3me et de la 5me vertèbre lombaire. D'après cet auteur, l'irritation de la moelle provoque, au niveau de la 3me vertèbre lombaire, des contractions lentes du corps et du col de la vessie et au niveau de la 5me des contractions énergiques et douloureuses.

Ayant eu sous les yeux de nombreux exemples de vaginisme, affection caractérisée par la contracture douloureuse du cons-



tricteur du vagin et qui peut être considéré, depuis les recherches du Dr Chéron, comme un phénomène d'ordre réflexe dont il a localisé le centre au niveau des 7me et 8me vertèbres dorsales, et ayant constaté que les traitements appliqués à ces cas de vaginisme étaient restés impuissants, jusqu'au moment où l'on avait attaqué le centre réflexe lui-même, je me suis demandé si, par analogie, cette méthode de traitement n'était pas celle qu'il convenait d'appliquer aux cas de spasme douloureux du col de la vessie.

J'ai eu dans ces derniers temps à soigner trois malades atteintes de cette affection. J'ai recherché, chez la première de mes malades, si la région de la colonne vertébrale comprise entre les 3me et 5me vertèbres lombaires donneraient, à la pression des apophyses épineuses, la douleur caractéristique de l'irritation spinale et j'ai pu constater que cette douleur existait d'une manière évidente. Chez la seconde, l'apophysialgie existait encore, quoique moins nettement, mais toujours localisée aux mêmes points.

Quant à la troisième, atteinte d'une irritation spinale généralisée, en rapport avec une métrite parenchymateuse chronique, la localisation était plus difficile à déterminer ; cependant, il y avait une sensation douloureuse sensiblement plus accusée au niveau des 3me et 5me vertèbres lombaires.

Cette constatation m'a prouvé l'analogie qui existe entre le vaginisme ou contracture douloureuse du constricteur du vagin et la cystalgie ou contracture douloureuse du col de la vessie et m'a confirmé dans l'opinion que je m'étais faite que, pour arriver à guérir promptement ce spasme douloureux d'origine réflexe, il fallait, en dehors du traitement de la contracture et de la lésion qui lui a donné naissance, s'adresser au point où s'exerce l'action réflexe. Partant de ce principe, j'ai institué le traitement de mes malades de la façon suivante :

1° *Traitement de la contracture* (phénomène secondaire).

2° *Traitement de la lésion primitive.*

3° *Traitement du point réflexe localisé dans la moelle au niveau des* 3me et 4me *vertèbres lombaires.*

Le traitement de la contracture doit consister en calmants et en

anesthésiques locaux, tels que suppositoires belladonés, morphinés, iodoformés, suppositoires ou injections uréthrales à la cocaïne; en calmants administrés à l'intérieur, bromures, chloral, opiacés.

Celui de la lésion primitive s'adresse tout naturellement à l'organe malade et à la nature de l'affection dont il est atteint.

Quant au point réflexe de la moelle, il doit être énergiquement attaqué par les révulsifs, les applications de teinture d'iode, les vésicatoires et surtout par les pointes de feu, moyen auquel il convient de donner la préférence, à cause de sa facilité d'application et de son action énergique.

Voici, du reste, en résumé, les observations des trois malades qui ont été l'objet de cette étude :

Observation I.

Mme D..., âgée de 28 ans, d'une bonne constitution, réglée régulièrement et normalement, mère de deux enfants, a été atteinte, il y a quatre ans, d'une uréthrite aiguë qui, selon toute probabilité, était due à la propagation par voisinage d'une endométrite purulente, consécutive à un accouchement laborieux, à la suite duquel la régression de l'utérus avait été entravée par des fatigues prématurées. Cette uréthrite mal reconnue au début et mal soignée avait été très longue à guérir et avait laissé une grande sensibilité dans le canal de l'urèthre. La malade était sujette à de fréquentes douleurs, soit spontanées, soit au moment de la miction, mais jusqu'alors toujours passagères.

A la fin du mois de février, à la suite de rapports sexuels trop répétés et peut-être trop impétueux, elle éprouva de vives douleurs dans le canal de l'urèthre, avec impossibilité presque complète d'uriner. La sensation de constriction qu'elle éprouvait était tellement violente qu'elle lui arrachait des cris. Les envies d'uriner étaient très fréquentes et, chaque fois, se renouvelait une crise horriblement pénible.

Lorsqu'elle me fit appeler, elle souffrait depuis deux jours et je la trouvai en proie à une crise. L'orifice du canal de l'urèthre était très rouge, le bulbe volumineux. En introduisant le doigt

dans le vagin et en pressant sur le canal d'arrière en avant, je provoquai de la douleur, mais je ne pouvais faire sourdre la moindre goutte de liquide.

L'utérus était en bon état.

Un cathéter utérin introduit dans le canal pénétrait avec la plus grande facilité, mais était arrêté au niveau du col de la vessie par une résistance qui le rendait infranchissable. D'après le récit de ses souffrances et à la suite de cet examen, je diagnostiquai une contracture douloureuse du col de la vessie, ayant pour cause une poussée inflammatoire dans le canal de l'urèthre.

Je lui ordonnai des suppositoires à la belladone, des bains de siège fréquents, une potion bromurée et des cataplasmes laudanisés sur le bas-ventre. Cette médication calma les sensations de chaleur qu'elle éprouvait continuellement, mais n'empêcha pas les crises spasmodiques de se produire avec la même violence et la même fréquence. Je fis faire, au moment des crises, à l'aide d'une petite seringue en verre, une injection de chlorhydrate de cocaïne à 10 % dans le canal, je fis continuer la potion bromurée et les cataplasmes. L'anesthésie du canal produite par de fréquentes injections de cocaïne, s'étendant jusqu'au col de la vessie, diminue sensiblement les douleurs qui cessèrent peu à peu ainsi que les envies fréquentes d'uriner. La miction restait toujours un peu difficile et était lente à se produire. Ce calme se maintint pendant dix jours environ. Mais, tout à coup, probablement à la suite d'une marche un peu longue que fut obligée de faire la malade, les envies d'uriner accompagnées de contracture du col de la vessie et de douleurs des plus vives, éclatèrent comme précédemment et je revis ma malade désolée de ce retour de douleurs. J'ordonnai de reprendre le traitement et de faire en outre une injection de morphine de 8 à 10 milligrammes, matin et soir. Pendant que la malade était sous l'inflence de la morphine, les douleurs disparaissaient pour réapparaître, une fois cette influence dissipée et, comme on ne pouvait renouveler indéfiniment les injections, il fallut aviser.

C'est alors que, jugeant cette contracture comme un phénomène réflexe assimilable à la contracture du constricteur du va-

gin, je songeai à l'attaquer par son centre réflexe. Je n'avais pas, comme pour le vaginisme, à découvrir ce centre ; je savais que Grannuzi en a placé le siège dans la moelle lombaire, entre la 3me et la 5me vertèbre de cette région. Je pratiquai la pression des apophyses épineuses de ces vertèbres et je constatai qu'elles étaient douloureuses, preuve qu'il existait une irritation spinale localisée en ces points. Je fis, séance tenante, soixante pointes de feu et je conseillai de reprendre la première médication : suppositoires belladonés, cataplasmes, bains et potion bromurée.

Cette première application de pointes de feu fut suivie d'une amélioration considérable ; la seconde eut lieu quatre jours après et après la troisième, faite au bout du même laps de temps, les douleurs et les sensations de contracture avaient preque complètement disparu. A la suite de la cinquième application, tout était terminé et, depuis, la malade n'a pas ressenti le plus léger symptôme de cette pénible affection.

Observation II.

Madame J...., âgée de 55 ans, d'une santé faible et délicate, autrefois bien réglée, n'a eu qu'un seul enfant. La ménopause date de quatre ans. Elle vient réclamer mes soins pour des troubles urinaires dont elle souffre depuis quelques mois. Elle éprouve, dans le canal de l'urèthre, une sensation de chaleur et de constriction très pénible ; les douleurs ne sont pas très aiguës, mais sont continues et produisent un agacement qui la fatigue horriblement. Les envies d'uriner sont fréquentes et l'urine ne s'écoule que difficilement par jets interrompus et au prix de vives souffrances qui persistent assez longtemps après la miction. Elle éprouve la sensation très nette d'une constriction douloureuse au niveau du col de la vessie. L'urine est normale.

Elle a été opérée, il y a un an environ d'un polype de l'urèthre.

A l'examen, je trouve, à l'orifice du canal, une sorte de bourrelet rouge, fongueux, saignant facilement au moindre contact et sensible au toucher, qui entoure et masque presque complètement le méat urinaire. Cette tumeur est constituée par le prolapsus de la muqueuse du canal de l'urèthre.

La même cause qui a provoqué la formation du polype dont elle a été opérée, il y a un an, a produit dans le canal la prolifération du tissu conjonctif sous-muqueux, qui a chassé devant lui la muqueuse et donné naissance à un véritable ectropion. Le cathétérisme du canal se fait facilement ; mais, arrivée au col de la vessie, la sonde est arrêtée par un obstacle qui ne cède qu'à de douloureux efforts.

Il existe bien là une contracture douloureuse du col de la vessie, contracture secondaire et réflexe causée par le prolapsus de la muqueuse uréthrale.

J'ordonne une potion bromurée pour calmer l'excitation nerveuse de la malade et des suppositoires iodoformés comme traitement local, puis je pratique la dilatation à l'aide de bougies de plus en plus grosses. Je conseille, en outre, de faire, après chaque miction, une injection dans le canal avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 10 %.

Ce traitement produit du soulagement pendant quelques jours ; la dilatation que je pratique, avec un dilatateur de Collin, semble améliorer un peu l'état de la malade ; mais, si l'on cesse la dilatation, seulement pendant un jour, l'ectropion se reproduit. C'est alors que je songe à employer le courant électrique continu.

J'introduis, dans le canal de l'urèthre, un excitateur cylindrique de 5 millimètres de diamètre, communiquant avec le pôle positif de ma pile, et j'applique le pôle négatif, sous forme d'un large excitateur à éponge, sur le bas-ventre. J'obtiens ainsi, outre l'effet galvano-caustique chimique produit sur la muqueuse, une action tonique sur cette membrane relâchée et détachée des couches sous-jacentes.

La malade se trouve mieux ; au bout de cinq séances d'électrisation le renversement de la muqueuse est moins accentué ; les douleurs dans le canal sont moins vives, mais la contracture se fait toujours sentir.

Je la décide alors à accepter l'application de pointes de feu sur la région de la moelle correspondant aux troisième et cinquième vertèbres lombaires dont l'exploration a révélé des points apophysaires douloureux. Quatre applications ont suffi pour soula-

ger notablement la malade. Au bout de six, tout phénomène de contracture avait disparu. Nous continuons les applications électriques qui modifient de plus en plus l'ectropion de la muqueuse.

Observation III.

La troisième malade, Mme V..., âgée de 31 ans, mère de deux enfants dont le dernier est né il y a dix-huit mois, réglée régulièrement, est atteinte d'une métrite parenchymateuse chronique due à un arrêt de régression après son accouchement. Elle avait, lorsque j'ai commencé à la soigner, un utérus gros et lourd, en antéversion accentuée, avec un col ramolli frottant sur le plancher vaginal. La cavité utérine mesurait 8 cent. 1/2. L'examen au spéculum permettait de constater l'existence d'un ectropion double des lèvres du col qui étaient devenues le siège d'une ulcération fongueuse de la dimension d'une pièce de deux francs.

D'un côté, les scarifications suivies de badigeonnages au perchlorure de fer ont amené une amélioration notable dans l'ulcération ; de l'autre, les applications de courants continus ont diminué le volume de l'utérus et l'état congestif de l'appareil utéro-ovarien, en favorisant la régression et en activant la circulation ; mais l'ectropion est toujours volumineux et provoque quelquefois de violentes crises de névralgie lombo-abdominale, s'irradiant dans les membres inférieurs. J'avais agité avec la malade la question d'agir énergiquement au moyen d'une opération consistant dans la destruction de l'ectropion par l'ignipuncture, lorsque, à la suite d'une fatigue sérieuse, elle fut prise tout à coup de violentes douleurs au moment de la miction.

Celle-ci était extrêmement pénible et rendue parfois presque impossible par suite des contractions douloureuses qu'elle éprouvait au niveau du col de la vessie.

Instruit par l'expérience, je fis immédiatement des pointes de feu au niveau des troisième et cinquième vertèbres lombaires ; les contractures et surtout les douleurs diminuèrent sensiblement

et, à la quatrième application, elles avaient entièrement disparu.

En me reportant à un cas analogue qui avait été traité par moi l'année dernière, par les injections d'acide picrique dans le canal de l'urèthre, par l'application de suppositoires belladonés, puis morphinés, par les révulsifs appliqués sur le bas-ventre, au niveau de la vessie, et qui n'avait cédé qu'après un mois et demi de soins continus, je crois pouvoir attribuer à l'action révulsive produite sur la région de la moelle correspondant aux troisième et cinquième vertèbres lombaires, l'amélioration prompte et la guérison de cette contracture spasmodique douloureuse du col de la vessie.

REVUE ANALYTIQUE DE GYNÉCOLOGIE ÉTRANGÈRE

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE DE CHICAGO.

Séance du 19 *février* 1886.

LAPAROTOMIE POUR UN ABCÈS DE LA CAVITÉ PELVIENNE.

Par le Dr Jackson.

Le Dr Jackson a communiqué à la Société un cas d'ouverture d'un abcès de la cavité pelvienne par l'incision des parois abdominales.

Il vit, en mars 1885, une malade de 34 ans, mariée depuis six ans, ayant un enfant âgé de 18 mois et venant de faire en février une fausse couche de 4 mois. Il la trouva pâle, émaciée et portant sur le visage les traces de longues souffrances. Elle portait, au coté gauche et en arrière de l'utérus, une tumeur de la dimension de la moitié d'une orange, à contours indistincts, dont la partie inférieure était sur le même plan et même un peu plus bas que le col de l'utérus et dont le bord supérieur remontait au-dessus du fond de la matrice. Le tout était immobile.

Un traitement consistant principalement en douches vaginales

chaudes, en lavements et en médicaments toniques parut amener quelque amélioration, lorsque, tout à coup, sans cause apparente, la malade eut un frisson accompagné d'accélération du pouls, d'élévation de la température, de douleurs dans le bassin avec irritabilité de la vessie. L'examen révéla une augmentation de volume de la tumeur qui remontait au-dessus du pubis, en un point où l'on avait une sensation obscure de fluctuation, tandis que la portion qu'on pouvait atteindre par le vagin était dure en tous les points.

Après l'avoir refusée pendant plusieurs jours, la malade se décida à subir l'opération.

Une incision de trois pouces (7 *centimètres* 1/2 *environ*) de longueur, partant du mont de Vénus, fut faite sur la ligne médiane de l'hypogastre. Le péritoine ne put être séparé des parties sous-jacentes et le couteau pénétra dans la cavité de l'abcès, d'où sortit un flot de pus de 2 à 3 onces environ. La cavité fut lavée avec soin, drainée et la guérison marcha sans encombre.

Le Dr Jackson se demande si l'on peut donner à cette opération le nom de *laparotomie.*

Si l'on comprend sous le nom de *laparotomie* l'ouverture de la cavité abdominale, dans son acception la plus large, ce terme peut convenir, dans le cas actuel. Mais, si l'on emploie ce terme pour désigner l'opération faite dans le but de guérir un abcès intrapéritonéal, *enkysté*, non adhérent à la paroi abdominale, il ne peut être appliqué dans le cas présent où l'adhérence était complète et où l'abcès aurait pu, peut-être, avec le temps, s'ouvrir spontanément dans cette direction, à moins, ce qui est plus probable, que la mort ne soit survenue à la suite de pyohémie.

Il est évident qu'il ne convient, en aucune façon, de donner le nom de *laparotomie* à l'opération du Dr Jackson. Elle ne diffère en rien de la manière ordinaire d'ouvrir les abcès situés dans toute autre région du corps.

Laparotomie, à notre avis, signifie section des parois abdominales opérée dans le but d'exécuter une opération dans la cavité péritonéale. Si la paroi d'un abcès situé dans un organe quelconque de l'abdomen contracte des adhérences avec la surface viscé-

rale de la paroi abdominale, la cavité péritonéale sera fermée, dans toute l'étendue des adhérences.

Une incision pratiquée à ce niveau n'ouvrira pas cette cavité et ne pourra, en conséquence, être appelée *laparotomie*.

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE DE BALTIMORE.

Séance du 9 *mars* 1886.

DE L'OVARIOTOMIE PENDANT LA PÉRITONITE AIGUE OU CHRONIQUE.

Par le Dr P. F. MUNDE de New-York.

L'auteur a eu la mauvaise chance, dans ses opérations de *laparotomie* pour des tumeurs abdominales, de tomber sur les cas les plus compliqués et les plus défavorables. Ainsi, sur seize ovariotomies doubles, il a eu quatre kystes interligamenteux, dont trois contenaient du pus et ne purent être enlevés que par morceaux. Il a également exécuté des ovariotomies simples pendant le cours de péritonites généralisées, une fois dans un cas de péritonite aigüe, trois fois dans des cas de péritonite chronique.

Malgré les conditions mauvaises, dans lesquelles se trouvaient les malades, pour guérir, il a eu la satisfaction d'obtenir quatre guérisons dans des cas d'ovariotomies doubles, une chez une opérée, pendant une péritonite chronique, une autre après l'ablation d'un kyste dermoïde suppuré avec lésion de la vessie, une troisième après l'opération d'un kyste multiloculaire pesant cinquante livres et enfin la quatrième après l'excision partielle d'un énorme kyste des ligaments larges contenant 48 pintes (*27 litres environ*) de liquide. Presque tous les cas d'ovariotomie simple guérirent.

De ces résultats il déduit que, dans des cas considérés souvent comme désespérés, quand il existe pour les malades la plus petite chance de guérison, il ne faut jamais refuser d'opérer, sans avoir égard à la préoccupation de nuire à sa statistique en diminuant la proportion de guérisons.

L'opportunité de l'ablation immédiate d'un kyste de l'ovaire pendant le cours d'une péritonite aiguë ou chronique, dès que l'existence de cette dernière affection est reconnue, n'est pas en question, depuis les magnifiques résultats obtenus par Keith, Freund, Veit, Tait et autres, dans des opérations de cette nature. Nombre de cas considérés comme désespérés ont guéri après l'ablation du kyste et le drainage de la cavité péritonéale.

UN CAS D'OVARIOTOMIE AVEC AMPUTATION SUPRA-VAGINALE DE L'UTÉRUS.

Par le Dr W. P. Chunn.

Une femme ayant une énorme distension du ventre lui fut présentée par un de ses confrères et amis, le Dr Charles Mitchell.

Elle était mulâtresse, plutôt même négresse, avait 20 ans et était mère d'un enfant de six ans. Elle n'avait jamais eu de fausse couche. Depuis trois ans, le ventre avait augmenté graduellement de volume ; les règles étaient régulières, mais un peu abondantes à certaines periodes. L'abdomen mesurait, dans sa grande dimension, 50 pouces de circonférence (1 *mètre* 27 *centimètres*). La fluctuation se sentait facilement de tous côtés.

L'examen vaginal montrait que cette tumeur avait entraîné l'utérus et le vagin tellement haut, dans le petit bassin, que le doigt ne pouvait atteindre le col de l'utérus. Malgré la rareté des affections ovariennes, dans la race africaine, le diagnostic fut celui de kyste de l'ovaire.

La malade fut opérée le 22 décembre. Après éthérisation, l'incision fut faite, selon l'usage, sur la ligne blanche, le péritoine fut ouvert et un kyste luisant et nacré se montra, démontrant bien, par son aspect, son origine ovarienne. Le kyste fut ponctionné avec le trocart de Well et il s'en écoula trois ou quatre vases de liquide couleur chocolat foncé.

Deux adhérences avec l'épiploon furent sectionnées et liées avec du fil de soie, puis abandonnées dans l'abdomen. En retirant la poche kystique, on constata que l'utérus était fixé solidement

aux parois du kyste par son bord gauche, par le fond et par sa face postérieure. Le Dr Chunn comprit qu'il lui serait impossible de séparer le kyste de l'utérus et se décida à enlever cet organe. Il comprit, dans la chaîne de l'écraseur, le pédicule du kyste, le col de l'utérus à sa jonction avec le vagin et le ligament large gauche, puis, après s'être assuré que la vessie n'avait pas été saisie par la chaîne, il sectionna le tout. Le moignon fut fixé à la partie inférieure de l'incision et un tube à drainage fut placé au-dessus. Puis l'ouverture abdominale fut refermée au moyen de sept ou huit points de suture. Pansement à l'iodoforme.

L'opérée était entièrement guérie le 5 février suivant.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PHILADELPHIE.

Séance du 4 mars 1886.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Par le Dr Howard A. Kelly.

Epilepsie menstruelle. — Les premières pièces sur lesquelles le Dr Kelly appelle l'attention de la Société proviennent d'une opération d'ablation des ovaires faite à une jeune femme de 21 ans, qui souffrait à chaque époque menstruelle, d'attaques d'épilepsie grave, datant de la première apparition de cette fonction.

Les ovaires furent enlevés sans difficulté à travers une petite incision pouvant à peine laisser passer deux doigts. Toute l'opération dura à peine 20 minutes.

L'ovaire droit était déformé par un noyau très proéminent, d'un centimètre et demi de diamètre, qui se rompit pendant l'extraction donnant issue à un liquide aqueux et qu'on reconnut à sa membrane interne pour le dernier corps jaune.

Les secondes pièces étaient un exemple rare d'*Hydrosalpingite avec malformation congénitale des trompes et des ligaments larges.* — Dans ce cas, il existait une malformation des extrémités des trompes, des ligaments larges et des ovaires. La trompe

gauche était large comme un saucisson de Bologne. On l'apercevait difficilement après avoir divisé quelques petites adhérences des parois pelviennes.

On pouvait arriver à la voir, en repoussant en haut le col de l'utérus, au moyen d'une main placée dans le vagin.

Les extrémités frangées des trompes se perdaient dans une masse de tissu fibreux et vasculaire formant un ligament large au milieu duquel étaient profondément fixés les ovaires élargis, allongés et un peu indurés. Il était hors de propos de tenter l'ablation des ovaires, car une telle opération aurait eu un résultat déplorable et le Dr Kelly n'a pas le moins du monde regretté d'avoir agi comme il l'a fait.

La trompe droite était large comme le doigt medius et était également distendue par un liquide aqueux.

La dernière pièce est celle d'une *Hémato-Salpingite*.— La trompe gauche, longue d'environ 4 pouces (10 *centimètres*) s'est rompue au moment de son ablation, donnant issue à 4 onces (125 *grammes*) de sang épais. Elle était très adhérente, très étroitement liée à l'intestin et à l'épiploon. La dilatation siégeant dans l'ampoule s'étendait de l'ovaire au cul-de-sac postérieur. L'ovaire, d'un volume double environ du volume normal, était fixé dans une sorte de pelotte. Là où la trompe était perméable, elle était convertie en une large poche.

Tumeur ovarienne.

Le Dr Parish a présenté une tumeur ovarienne dont il avait fait l'ablation la veille. Les symptômes avaient été très singuliers et la forme de l'abdomen était susceptible d'induire en erreur, car il existait un sillon profond en travers de la portion hypogastrique de la tumeur. De nombreuses adhérences embrassaient le côlon, les parois abdominales et la vessie. Elles étaient anciennes et très épaisses. D'après l'augmentation rapide du volume de la tumeur, se posait la question de malignité. Une grande partie de la tumeur était solide.

Séance du 15 *avril* 1886.

FISTULE VULVO-RECTALE PRODUITE PAR LES EFFORTS VIOLENTS D'UN PREMIER COÏT,

Par le Dr Baston Hirst.

L'auteur a communiqué à la Société le cas suivant très rare de blessure de la vulve : A la clinique gynécologique du dispensaire de Philadelphie, s'est présentée une jeune femme de 22 ans, dont voici l'histoire : Avant son mariage qui avait eu lieu dix-huit mois avant, elle avait joui de la meilleure santé. Dès le premier rapport sexuel avec son mari, elle avait éprouvé une telle douleur aigüe qu'elle s'était évanouie. Ce rapprochement sexuel fut suivi d'une hémorrhagie grave qui dura un mois. Elle s'aperçut un jour que des matières fécales et des gaz passaient par la vulve. Pendant les 2 ou 3 semaines suivantes, chaque rapport provoquait une nouvelle hémorrhagie et, au moment où elle se présenta à la consultation, elle souffrait encore à chaque coït.

Le passage des matières fécales par la vulve augmenta graduellement, à tel point que le rectum se vidait entièrement par là, sans qu'il lui fût possible de retenir ni matières ni gaz.

A l'examen, le doigt, à peine entré dans le vagin, pénétra dans le rectum par une ouverture suffisante pour admettre deux doigts. L'hymen en forme de croissant était parfaitement intact, modérément épais et dur, avec une petite ouverture en avant. Immédiatement devant son insertion postérieure, on voyait une déchirure transversale, irrégulière, d'un pouce et demi (3 1/2 à 4 centimètres), dans sa plus grande largeur avec des bords épais et renversés, s'étendant en arrière et au-dessus, d'environ un pouce et demi et permettant d'apercevoir la muqueuse de l'intestin. Le vagin était petit et il était évident que rien n'y avait encore pénétré.

L'opération proposée et pratiquée le 16 mars 1886 a consisté en un avivement des bords de la déchirure, une libération partielle de l'hymen qui servit à suppléer à l'insuffisance des tissus. Des sutures au catgut furent placées et la réunion se fit parfaitement.

POLYPE FIBREUX DE L'UTÉRUS.

Par le Dr CHARLES MEIGS WILSON.

L'auteur présente une pièce résultant d'une opération faite trois semaines auparavant dans les conditions suivantes : Une femme avait eu depuis trois ans de constantes hémorrhagies augmentant régulièrement à chaque période menstruelle et accompagnées de douleurs atroces. Jamais on n'avait exploré la cavité utérine, sauf d'une façon incomplète, avec la sonde. A sa première visite, le Dr Wilson la trouva extrêmement émaciée, sans sommeil et avec un estomac très irritable. L'utérus, fut dilaté au moyen du dilatateur courbe d'Ellwood Wilson. La tumeur devient immédiatement visible. Elle fut saisie et attirée le plus possible en dehors de l'utérus, puis, avec un bistouri boutonné, en forme de croissant, il en contourna la surface jusqu'au pédicule qu'il sectionna par un mouvement de scie du bistouri. Avant l'opération, on avait administré, pendant 48 heures, à la patiente, de fortes doses d'extrait d'ergot afin d'exciter les contractions de l'utérus après l'ablation de la tumeur.

Immédiatement après l'opération, la cavité utérine fut lavée avec soin avec une solution composée de une partie de solution iodée de Tait et de deux parties d'acide phénique pur. L'opérée avait perdu une demi-once de sang (15 *grammes*). Si l'on n'avait pas pris la précaution de lui administrer de l'ergot, elle aurait assurément eu une abondante hémorrhagie. Elle s'est rétablie promptement, n'a pas perdu une goutte de sang depuis l'opération et a gagné en poids et en appétit.

Le polype mesurait 4 pouces (10 centimètres) de longueur, 2 1|4 (57 *millimètres environ*) de largeur et 1 3|4 (45 millimètres environ) d'épaisseur.

Ce cas, dit l'auteur, nous enseigne que la médication suivie sans résultat et la longue période de souffrances de la malade auraient pu être évitées si les médecins qui l'avaient soignée au début, avaient fait la dilatation et l'exploration de la cavité utérines et avaient supprimé la cause de l'hémorrhagie, au lieu de temporiser et d'employer des moyens tout au plus prophylactiques, dans des cas d'hémorrhagie semblables.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Par le Dr Wm Goodell.

Le Dr Goodell a fait, chez une femme de soixante-cinq ans, mère de douze enfants, une hystérectomie vaginale pour un carcinome utérin lié à un allongement hypertrophique de l'utérus dont la cavité mesurait au moins 5 pouces (12 centimètres 1/2) et dont le col faisait saillie extérieurement. Il avait, le 10 mars 1886, devant les étudiants de l'université de Pensylvanie, fait l'amputation du col par la ligature élastique ; mais, s'apercevant que le cul-de-sac de Douglas avait été ouvert, il se détermina à exécuter l'opération radicale.

L'utérus ayant été luxé en arrière, il détacha les adhérences avec la vessie, lia en masse les ligaments larges, chacun avec deux fortes ligatures, et enleva l'organe. La plaie béante fut fermée au moyen de sept sutures au milieu desquelles fut ménagée une petite ouverture pour le passage d'un drain.

Du coton au sublimé fut placé dans le vagin. On l'enlevait deux fois par jour pour laver la plaie avec une solution de bichlorure de mercure à 1/2000. Le jour suivant, la température s'éleva à 100°2 Fahrenheit (37°9 centigrades), puis descendit audessous de 100° (37°7). Les sutures furent enlevées le quatorzième jour et l'opérée retourna chez elle parfaitement guérie vingt-trois jours après l'opération.

TUMEUR OVARIENNE DU POIDS DE CENT LIVRES

(37 kilos 325 grammes).

Le Dr Kelly présente à la Société la poche d'une énorme tumeur qu'il a enlevée dernièrement. Cette tumeur tombait jusque sur les genoux de la malade et l'empêchait de se coucher.

Au cours de l'opération, une grosse veine fut ouverte et donna lieu à l'écoulement d'un jet de sang de la grosseur du doigt. La patiente tomba immédiatement en syncope. Le Dr Price, qui assistait son confrère, la crut morte, mais une injection hypoder-

mique d'un gramme d'éther sulfurique eut un heureux et rapide effet et le pouls se releva aussitôt.

Le Dr Kelly présente en même temps *des ovaires et des trompes* enlevés dans un cas d'*ovarite chronique et de salpingite avec péritonite chronique*, chez une femme de 32 ans qui, depuis son quatrième et dernier accouchement, dix jours après lequel elle avait été atteinte d'une fièvre typhoïde, souffrait constamment de douleurs dans la région ovarienne, de maux de tête et était incapable de se livrer à aucune occupation. Elle était mal réglée et avait une leucorrhée intermittente.

L'examen bimanuel permettait de constater une augmentation de volume de tout le côté droit siégeant à 2 pouces 1/2 (6 *centimètres* 1/2) du milieu de l'hypogastre et s'étendant du pubis à la moitié de la distance de ce dernier à l'ombilic. La masse était très proéminente en haut, très dure, demi-fluctuante et chaque mouvement qu'on lui imprimait se reproduisait sur le col de l'utérus. Le col ressortait à peine des culs-de-sac droit et gauche. La masse n'avait pas d'adhérences solides au bassin, car elle était facilement mobile et semblait prendre naissance de la corne utérine droite.

Aucun traitement n'ayant amené d'amélioration, une incision exploratrice fut décidée et exécutée le 27 mars 1886. La corne utérine droite était élevée et enserrée par le mésentère dans lequel elle était complètement encapsulée. Elle fut lentement détachée, couche par couche, et l'appendice vermiforme séparé dans une étendue de 2 pouces (5 *centimètres*).

L'extrémité de l'appendice donna lieu à une hémorrhagie que la cautérisation arrêta.

L'ovaire droit augmenté de volume, à la périphérie duquel adhérait intimement la trompe sphacélée, fut dégagé à grand'peine. Un kyste d'un centimètre 1/2 de diamètre se rompit et une certaine quantité de matière grumeleuse se répandit dans le péritoine.

L'ovaire et la trompe furent enlevés avec beaucoup de difficulté et une portion du hile resta comprise dans la ligature. L'ovaire

gauche et la trompe qui étaient libres et sains furent également enlevés.

L'opération avait duré une heure 3[4.

L'opérée mourut sept jours après d'une péritonite de nature remarquablement insidieuse.

Elle paraissait très bien, lorsque, le septième jour, le Dr Kelly lui trouva un aspect étrange et un air hagard, avec 200 pulsations. Elle n'éprouvait aucune douleur, mais, malgré tous les efforts, elle mourut deux heures après.

A l'autopsie on trouva du pus épanché dans la cavité péritonéale et tous les signes d'une péritonite généralisée. La septicémie avait été certainement provoquée par le contenu du kyste qui s'était répandu dans l'abdomen.

Dr R. F.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 juin. — Présidence de M. Trélat.

M. Terrillon lit une observation intitulée : *Fibrome kystique de l'utérus très volumineux du poids de 28 kilogrammes ; hystérectomie avec pédicule extra-péritonéal, guérison.*

L'intérêt de cette observation porte sur deux points principaux : d'abord le volume des tumeurs, l'une constituée par un fibrôme solide pesant sept kilogrammes ; l'autre contenant des kystes atteignant le poids de seize kilogrammes. Cette dernière était constituée par une enveloppe de tissu utérin, épaisse comme le doigt, dans laquelle se trouvait une masse formée de nombreux kystes de différents volumes, unis les uns aux autres. Cette masse kystique semblait presque indépendante de l'enveloppe musculaire. Les liquides contenus dans les kystes ne renfermaient pas de paralbumine, les cavités étaient tapissées par des cellules aplaties. On trouvait dans les parois de ces kystes des éléments musculaires qui rappelaient leur origine utérine.

M. Terrillon signale, en terminant, la guérison définitive qui survint sans accident après l'élimination d'un gros pédicule formé aux dépens de l'utérus hypertrophié et sectionné au-dessus des culs-de-sac vaginaux.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS.

Séance du 11 *juin* 1886. — *Présidence de* M. Cornil.

M. Souplet présente une tumeur du sein, enlevée le matin même par M. Verneuil comme carcinôme et qui à l'incision se montra constituée par une poche à parois anfractueuses, à contenu séro-purulent. On pense actuellement à un *tubercule de la mamelle.*

M. Jalaguier fait remarquer que les symptômes ont été exactement ceux que l'on considère comme pathognomoniques du squirrhe : tumeur dure, adhérente à la peau, avec rétraction du mamelon et ganglions dans l'aisselle. Ce fait a une grande importance clinique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 *juin* 1886. — *Présidence de* M. Horteloup.

ABLATION DES OVAIRES ET DES TROMPES. — GUÉRISON.

M. Terrillon présente une femme de 45 ans, à laquelle il a enlevé les ovaires et les trompes, pour mettre fin à de violentes douleurs et à d'abondantes métrorrhagies.

L'opération pratiquée le 1er mai 1886 a été couronnée de succès.

Séance du 23 *juin.* — *Présidence de* M. Lannelongue.

M. Championnière lit un rapport sur une observation de M. le docteur Le Bec, intitulée : *Tumeur fibro-cystique développée dans l'épaisseur du ligament large, laparotomie, guérison.*

M. Perier donne lecture d'un rapport sur une observation de M. le Dr Poucet (de Lyon), ayant pour titre : *Tumeur utérine, traitée par la ligature, guérison.*

Une courte discussion s'engage sur la question de savoir s'il est toujours possible de distinguer ce qui appartient à la tumeur de l'organe utérin lui-même. MM. Tillaux et Guéniot pensent que cette distinction peut toujours se faire par l'exploration attentive de la sensibilité et de la consistance des parties. Dans les points où la piqûre d'une épingle éveille de la douleur et ne révèle pas une grande résistance, c'est à la muqueuse utérine qu'on a affaire ; si la piqûre ne provoque pas de douleur et si l'instrument ne pénètre pas dans les tissus et se courbe, c'est la tumeur que l'on a sous la main.

MM. Marc Sée et Polaillon pensent, au contraire, que l'on peut être induit en erreur si l'on se fie absolument à la valeur de ces signes.

Séance du 7 juillet 1886. — *Présidence de* M. LANNELONGUE.

OPÉRATION DE BATTEY.

M. POZZI présente une malade à laquelle il a pratiqué, il y a cinq mois, l'opération de Battey. Il lui a enlevé les deux ovaires qui étaient prolabés et douloureux. L'un des ovaires contenait quatre petits kystes. Depuis, cette malade qui souffrait horriblement depuis quatre ans, n'éprouve plus aucune douleur.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ÉLYSÉE.

Séance du 5 avril 1886. — *Présidence de* M. TENNESON.

M. DOLÉRIS fait une communication sur **une méthode d'évacuation de l'utérus pour les rétentions de placenta après les fausses couches.**

M. CAULET demande à M. Doléris pourquoi, ayant dilaté le col chez sa première malade, il n'a pas de suite vidé la matrice.

Venant ensuite à la terminaison artificielle de l'avortement dans le cas où celui-ci tarde à se compléter, M. Caulet remarque que l'expectation n'est pas la seule conduite préconisée par les médecins français, et il cite à ce propos la pratique constante de M. Siredey et l'enseignement du professeur Laroyenne, de Lyon. — M. Siredey, sans attendre les accidents, saisit le délivre avec une pince à faux germe de 25 mill. de diamètre et en

fait l'extraction. M. Laroyenne, dans les cas d'hémorrhagies, fait des lavages phéniqués intra-utérins à l'aide d'une sonde à double courant qu'il promène contre la paroi utérine, comme on le ferait d'une curette pour en détacher les membranes et débris. — M. Caulet, qui observe sur un terrain où les fausses couches sont fréquentes, s'est évité bien des ennuis, en intervenant de bonne heure. Mais, partisan de l'intervention hâtive dans la fausse couche qui ne se termine pas spontanément, il n'oserait pratiquer la dilatation sanglante du col dans les périodes plus avancées, alors que le délivre retenu s'est putréfié.

En effet, c'est un précepte de la chirurgie actuelle de s'abstenir de toucher à une plaie septique avant de l'avoir désinfectée, et l'on sait que dans les plaies cavitaires, il faut un temps assez long pour arriver à ce résultat, huit, dix jours et souvent plus. Quand il s'agit d'un placenta putréfié on a déjà bien de la peine à atténuer la fétidité des lochies par des injections répétées, on ne peut prétendre rendre les voies génitales aseptiques. Dans ces conditions, la dilatation du col par les éponges ou les instruments étant presque toujours sanglante, expose à la septicémie.

M. Caulet demande donc à M. Doléris si des statistiques de quelque importance prouvent, dans le cas particulier de putréfaction du délivre, la supériorité de l'évacuation forcée de la matrice, sur la pratique traditionnelle d'intervention sans violence, cherchant par-dessus tout à éviter la formation de plaies ou de fissures qui serviraient de porte d'entrée à l'inoculation septique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LA HAUTE-VIENNE.

Séance du 3 mai 1886. — Présidence de M. CHÉNIEUX, *vice-président.*

M. CHÉNIEUX présente une tumeur kystique comprenant l'utérus et les deux ovaires ; elle a été enlevée sur une femme de trente ans environ. Un fait curieux dans l'histoire de la malade a été, à trois reprises, la disparition presque complète du liquide de la tumeur, en même temps que l'urine devenait d'une

abondance excessive ; redevenue volumineuse une quatrième fois, la poche fut ponctionnée : liquide clair ; le diagnostic qui suivit l'exploration fut celui de kyste de l'ovaire. Dans les jours qui suivirent l'entrée de la malade à l'hôpital, le liquide qui s'était reformé diminua brusquement, comme les fois précédentes ; quantité considérable des urines. Dans la crainte de quelque surprise opératoire, il fut conseillé à la malade de revenir chez elle et d'attendre ; elle insista pour être opérée.

Pendant l'opération, résistance énorme de la poche à la ponction par le trocart ; il fallut s'y reprendre à trois fois pour le faire pénétrer jusque dans le milieu liquide. Après avoir détaché les adhérences avec l'épiploon, on put voir que la tumeur faisait corps avec l'utérus ; double ligature sur le col par transfixion. L'opération fut terminée sans incidents ; la malade est aujourd'hui guérie.

Sur ces pièces, on voit que le kyste occupe la partie postérieure de l'utérus. S'est-il développé en arrière, prenant l'utérus pour paroi antérieure ? ou bien est-ce un kyste renfermant dans ses parois du tissu musculaire ; autrement dit, peut-il se produire dans la paroi des kystes des fibres musculaires ?

L'épaisseur de la paroi antérieure, qui n'était autre que l'utérus lui-même, explique la difficulté de pénétration du trocart. Pas de communication avec le vagin, ni avec la vessie ou les uretères. Aucune lésion n'explique les disparitions brusques du liquide, survenues à plusieurs reprises.

SOCIÉTÉ ITALIENNE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

CONGRÈS DE ROME. — AVRIL 1886.

Le prof. CHIARIA, de Florence, lit un travail sur la *tuberculose miliaire et la tuberculose pulmonaire commune pendant la grossesse* ; en voici les conclusions :

1° La tuberculose miliaire (phhisie aiguë) modifiée peut-être dans quelques-uns de ses phénomènes caractéristiques quand elle s'associe à la grossesse, présente alors des difficultés de diagnostic plus grandes que d'ordinaire.

2° Si les vomissements accompagnent la tuberculose miliaire pendant la grossesse ils peuvent être confondus avec les vomissements *incoercibles* propres à la grossesse.

3° La dyspnée asphyxique qui peut devenir rapidement mortelle peut être pendant un certain temps la seule manifestation symptomatique de la tuberculose miliaire pendant la grossesse.

4° L'existence de la tuberculeuse miliaire étant soupçonnée ou reconnue, il est convenable, pour ne pas dire que c'est une obligation, d'interrompre en hâte la grossesse lorsqu'on a établi d'une façon certaine l'époque de viabilité du fœtus.

M. Pasquali approuve les conclusions de Chiara ; mais présente quelques observations. La tuberculose peut offrir une indication précise à l'interruption de la grossesse ; cependant, dans quelques cas on précipite par là le dénouement funeste. Quant à confondre les vomissements incoercibles de la grossesse avec ceux symptomatiques de la méningite tuberculeuse, on doit remarquer que ceux-ci coïncident avec des manifestations cérébrales.

M. Marisani accepte les conclusions de Chiara et pense que dans la forme miliaire principalement il faut interrompre le cours de la grossesse ; il rapporte quelques cas qu'il a recueillis. Il repousse toutefois l'intervention avant l'époque de viabilité du fœtus. — Dans quel intérêt agirait-on alors ? ni dans celui du fœtus, ni dans celui de la mère qui est condamnée dans un délai plus ou moins approché.

M. Bompiani observe que le fœtus bien que viable n'en est pas moins avant terme, et prédisposé à l'hérédité ; il n'offre donc par lui-même pas d'espoir de vivre ; quant à la mère, si son état doit s'améliorer par l'accouchement prématuré, il le devrait également par l'avortement.

M. Marisani croit que de cette façon on sacrifie sûrement le fœtus sans grande utilité pour la mère. La non-maturité du fœtus, la tuberculisation future n'autorisent-elles pas à regarder sa mort comme certaine et proche ?

M. Casati tient à ce qu'on distingue bien, comme l'a fait Chiara les deux formes de tuberculose : la miliaire généralisée et la tuberculose commune localisée aux poumons. Dans le premier cas, il peut être nécessaire d'interrompre la grossesse, mais seulement dans la période de vitalité du fœtus.

M. Pugliatti insiste sur l'importance de cette distinction ; il accepte l'accouchement prématuré provoqué dans le cas de tuberculose miliaire, mais est contraire à l'avortement.

M. Naduzza voit deux questions : 1° interruption de la grossesse, la tuberculose constatée ; 2° le traitement d'urgence. Il n'accepte pas l'interruption de la grossesse parce qu'en général les symptômes de la tuberculose s'amendent dans cet état et que les femmes peuvent donner des enfants vivants et en bonne santé ; pendant les couches la maladie s'aggrave ; il vaut donc mieux attendre, car l'aggravation sera plus rapide après l'accouchement provoqué. Il ne faudrait intervenir que lorsque apparaissent des symptômes alarmants.

REVUE DE LA PRESSE

DE LA PEPTONURIE PUERPÉRALE.

Le Dr Truzzi, qui a fait une étude spéciale de la peptonurie dans les suites de couches physiologiques, arrive aux conclusions suivantes :

1° L'apparition des peptones dans les urines des femmes en couches est assez fréquente dans les premiers jours après l'accouchement. La constance du phénomène, dans ses recherches, est beaucoup moindre que dans celles de Fischel, qui s'appuie sur un plus petit nombre d'observations ;

2° La peptonurie puerpérale commence ordinairement le second jour après l'accouchement, augmente le troisième, pour acquérir son maximum au quatrième, puis diminue irrégulièrement pour disparaître après le neuvième ;

3° La pathogénèse de la peptonurie puerpérale n'est pas encore bien connue ; on pourrait, jusqu'à un certain point, considérer comme causes l'*évolution régressive* de l'utérus et le trouble dans les échanges moléculaires. Il n'y a aucun rapport entre la peptonurie et la montée du lait. Enfin, Truzzi n'a pas trouvé de peptones dans les urines des femmes accouchées avant terme ou d'enfants morts et macérés.

NOUVELLE MANIÈRE DE PRENDRE LA TEMPÉRATURE CHEZ LES ENFANTS.

Le Dr Filatoff fait remarquer combien il est, dans certains cas, difficile de prendre la température axillaire ou rectale chez les enfants. Une des principales difficultés consiste dans l'impatience de l'enfant qui ne se tient pas tranquille pendant le temps assez long qu'exige la mensuration de la température. L'auteur propose une méthode qui ne donnera pas la température rigoureusement exacte, il est vrai, mais au moins une mensuration suffisante pour la plupart des cas. Cette méthode consiste simplement à observer, non pas l'ascension de la colonne mercurielle, mais au contraire la chute de cette colonne. Il fait monter la colonne de mercure en échauffant la cuvette du thermomètre soit avec la main, soit avec la couverture du lit. Lorsque la température a atteint 42°, il porte rapidement l'instrument dans le creux axillaire préalablement découvert et observe la baisse qui se produit en moins de une à deux minutes, surtout dans les fièvres graves. Il obtient ainsi une température se rapprochant sensiblement de la température vraie.

INFLUENCE QU'EXERCE SUR LE DEUXIÈME ACCOUCHEMENT LA DURÉE DE L'INTERVALLE QUI SÉPARE LES DEUX ACCOUCHEMENTS.

Le Dr Kleinwachter vient de faire paraître un mémoire sur ce sujet intéressant et peu connu. La statistique de l'auteur porte sur des cas dans lesquels l'intervalle de deux accouchements a varié de 1 à 16 ans.

Le Dr Kleinwachter les divise en trois séries : la première, de 1 à 5 ans d'intervalle, comprend 301 cas ; la deuxième, de 6 à 10 ans, 96 cas ; une troisième série, de 10 à 16 ans, comprend 27 cas. Il résulte de cette statistique que plus l'intervalle des deux accouchements est long, plus sont fréquents les troubles et les maladies de la grossesse ; plus l'accouchement est prolongé, et par suite, plus sont fréquentes les opérations, les déchirures du périnée et les hémorrhagies. Avec l'accroissement de l'intervalle entre les deux accouchements, on voit augmenter la fréquence des avortements, la morbidité et la mortalité puerpérales, la fréquence des accouchements gémellaires et la mortalité des nouveaux-nés, soit au moment de l'accouchement, soit dans les huit premiers jours. Il est à remarquer que les enfants sont en

moyenne plus lourds et plus longs, lorsque l'intervalle entre les deux accouchements est plus considérable.

Un long intervalle entre les deux accouchements semble diminuer les chances d'hémorrhagie avant l'accouchement, détermine une quantité extraordinaire dans la diminution du liquide amniotique, diminue la difficulté d'allaitement, et les inflammations qui résultent du fonctionnement des glandes mammaires. La proportion du nombre de filles avec le nombre des garçons semble augmenter avec la durée de l'intervalle. La fréquence relative des diverses présentations n'est pas modifiée.

Lorsque la durée de l'intervalle est égale ou supérieure à dix ans, la femme se trouve à peu près en présence des mêmes inconvénients et des mêmes dangers que les primipares âgées.

QUATRE JUMEAUX.

Le journal d'accouchements rapporte un cas de fécondité peu ordinaire.

Une jeune femme Mélina Gilbert, journalière, âgée de trente-quatre ans, se présentait hier soir chez une sage-femme de l'Assistance publique.

On la reçut aussitôt.

A six heures, Mélina mettait au monde un garçon. La sage-femme s'apprêtait à l'emmaillotter, lorsqu'elle fut forcée de courir de nouveau vers la malade, qui était en proie à de nouvelles douleurs. Un autre bébé venait de faire son apparition.

Mme Halmeyer appela sa bonne pour donner des soins au second enfant ; mais, pendant que toutes les deux étaient occupées chacune de son côté, l'accouchée mettait au monde un troisième enfant. Force fut à la sage-femme d'appeler son mari.

A peine M. Halmeyer avait-il sur les bras le troisième enfant, que de nouveau Mélina jetait un cri et accouchait d'un quatrième bébé.

Et les quatre petits criaient à qui mieux mieux.

Mais peu à peu ces vagissements diminuèrent, et, à sept heures, malgré les soins empressés de la sage-femme, les quatre jumeaux avaient cessé de vivre.

Bien que venus avant terme, ils étaient parfaitement constitués et avaient la taille uniforme de 22 centimètres et demi.

Mélina Gilbert, qui est mère pour la cinquième fois, n'avait jamais eu de couches doubles. Son état est aussi satisfaisant que possible.

RHUMATISME ARTICULAIRE PUERPÉRAL.

Dans sa thèse inaugurale, le Docteur Celles fait remarquer combien peu fréquemment le rhumatisme articulaire aigu complique l'état puerpéral.

Il peut se produire à toutes les époques de la parturition, après l'accouchement et pendant la lactation.

Il reconnaît comme causes : l'état de grossesse et les écoulements génitaux de diverses natures.

Les symptômes qu'il présente sont moins graves et moins intenses que dans le rhumatisme articulaire franchement aigu.

La forme qu'il revêt le plus souvent est la forme subaiguë.

La guérison est la terminaison la plus ordinaire ; l'ankylose des articulations n'est pas rare.

Ce rhumatisme ne donne presque jamais lieu à des troubles cardiaques ; les autres complications viscérales n'existent pas.

Le pronostic est en général favorable.

Le traitement de l'état général est constitué par le sulfate de quinine, l'opium et l'iodure de potassium.

Un gramme d'iodure par jour dans du sirop de quinquina, le lait coupé d'eau de Vichy et la tisane de chiendent nitrée à 4 grammes, voilà la base d'un traitement général bien ordonné.

Il faut surtout insister sur le traitement local. Dans les cas graves, on aura recours aux émissions sanguines, aux sangsues, aux révulsifs, vésicatoires, pointes de feu. A un degré moindre, on ordonnera des cataplasmes laudanisés, le cataplasme de Trousseau, des frictions avec des liniments. Baume tranquille, essence de térébenthine, chloroforme.

Avant tout, les articulations seront immobilisées et mises à l'abri du contact de l'air.

Concurremment, on traitera les écoulements génitaux par des injections (eau de guimauve et de pavots, feuilles de noyer) et des soins de propreté. Les ulcérations et les granulations du col seront touchées avec la teinture d'iode : dans ces cas, de grandes précautions devront

être prises, afin de ne pas introduire dans le col des substances qui pourraient favoriser l'avortement.

Les moyens prophylactiques seront : grands soins de propreté, hygiène bien entendue, bonne nourriture, précautions contre le froid et l'humidité, attention minutieuse dirigée par la femme grosse sur les écoulements genitaux qui pourraient survenir.

MAMELLE DOULOUREUSE.

Le Docteur John Morgan a observé sept cas de cette affection indéterminée, locale et passagère, sur des petites filles de dix à douze ans.

L'une d'elles, âgée de onze ans et demie, non réglée, est prise de violentes douleurs croissantes dans la mamelle gauche, sans aucun traumatisme appréciable. La glande, un peu augmentée de volume, ne présente aucun phénomène inflammatoire, tout en étant le siège d'une tension très nette au toucher. Peu de temps après, le sein droit présente les mêmes phénomènes douloureux, sans qu'aucun traitement général ou local ait apporté de soulagement. Après quelques semaines, ces douleurs devinrent intermittentes, puis disparurent peu à peu. Cinq fois la mamelle gauche et une fois la mamelle droite furent primitivement atteintes, et dans tous les cas, la douleur parut aussi spontanément que sa disparition eut lieu. D'où l'opinion que ces douleurs ne sont pas dues à une inflammation de la glande, mais à des modifications de son tissu en relation avec celles qui se passent à la même époque dans les ovaires et les organes de la génération. Ce serait l'analogue du gonflement douloureux que certaines femmes éprouvent périodiquement à l'approche des règles.

NOUVELLES

Hôpital cantonal de Genève. — La commission administrative à l'hôpital cantonal de Genève a eu à procéder à diverses nominations.

Contrairement aux précédents, il avait été décidé que les choix seraient le résultat d'un concours. Parmi les élus, nous relevons le nom de M. le Dr Cordes, de Genève, qui a été nommé chirurgien-adjoint à la Maternité.

Toutes nos félicitations à notre distingué confrère.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

L'ÉCLAIRAGE MÉDICAL PAR L'INCANDESCENCE ÉLECTRIQUE.

Il serait superflu de faire ressortir la nécessité pour le praticien qui s'occupe de gynécologie, d'avoir à sa disposition un éclairage d'une intensité suffisante, d'un faible volume et d'un maniement commode. Les tentatives, dans ce but, ont été nombreuses, et la lampe à essence minérale, imaginée par M. Collin, représente ce qui a été fait de mieux dans ce sens, et a réalisé, pendant longtemps, d'une manière satisfaisante, le problème de l'éclairage médical.

Du jour où les lampes à incandescence électrique sont devenues d'une construction courante et d'un prix peu élevé, on a dû songer à en faire usage au point de vue médical. La première tentative dans cette voie a été faite, il a y trois ou quatre ans, par M. Helot de Rouen (Photophore électrique frontal).

Depuis cette époque, l'éclairage médical par les lampes à incandescence tend à se généraliser de plus en plus. Les avantages que présente l'incandescence sur les systèmes ordinaires sont très sérieux ; une lampe à incandescence offre un faible volume et un rayonnement très petit ; elle fonctionne dans toutes les positions ; le filament de charbon qui la compose est de dimensions exiguës, ce qui permet de mieux l'utiliser au foyer d'un appareil optique et enfin la lumière qu'elle fournit est blanche et supprime ainsi toute cause d'erreur dans l'appréciation de la couleur des tissus.

Tous ces avantages étaient compensés par la nécessité de demander le courant électrique à des piles d'un maniement peu commode, mais ces inconvénients, assez sérieux, il y a quelque temps, ont aujourd'hui diminué d'importance depuis les perfectionnements apportés aux divers générateurs du courant.



Les piles et les accumulateurs sont les deux espèces de générateurs auquel le praticien doit demander le courant nécessaire au fonctionnement de la lampe à incandescence.

I. Parmi les nombreux types de piles imaginées dans ce but, nous citerons la pile à treuil telle que la construit M. Dubois, celle à renversement de M. Radiguet, celle à charbon circulaire, du même auteur, et celle de M. Desruelles, toutes les quatre au bichromate de potasse ou de soude.

Vient ensuite une forme particulière donnée à la pile Léclanché par M. R. Goodwin.

Nous allons passer en revue ces divers appareils.

La pile au bichromate de soude que construit M. Dubois, très bien étudiée dans ses détails, est une pile à deux liquides. L'élément employé est plat ; il comprend deux charbons et une plaque de zinc de dimensions variables. Le mode de fixation des plaques zinc et charbon permet le renouvellement facile et instantané de celles-ci lorsque cela est nécessaire.

L'amalgamation des zincs est faite à l'aide d'une composition mercurielle imaginée depuis peu (1).

L'appareil comporte six éléments, qu'un treuil à manivelle permet d'abaisser ou de relever suivant les besoins.

La formule des liquides employés est la suivante :

Bichromate de soude (2)..............	250 gr.
Acide sulfurique......................	125 cent. met. cub.
Eau................................	1 litre.

Voilà pour le dépolarisant.

Le liquide excitateur est formé d'eau acidulée par l'acide sulfurique au soufre, dans la proportion de 1 d'acide pour 4 d'eau.

Dans la pile de M. Radiguet, on peut laisser longtemps les éléments dans l'inaction, sans aucun inconvénient, sans perte de force ni de constante et en utilisant, pour ainsi dire, la presque totalité de l'énergie emmagasinée dans les liquides actifs.

Cet appareil permet par un simple mouvement de bascule non seulement de retirer les zincs de l'eau acidulée, mais encore d'isoler les deux liquides l'un de l'autre,

L'auteur a été conduit à imaginer cette disposition pour obvier à l'inconvénient du mélange des liquides par diffusion à travers le vase poreux.

Dans le cas où une pile sert tous les jours, il n'y a pas grand inconvénient à laisser les vases poreux dans la solution de bichromate ; mais si celle-ci reste plusieurs jours sans servir, il est indispensable, au moment d'employer à nouveau les éléments, de changer l'eau acidulée des vases poreux.

(1) L'hydrargyrine, que l'on obtient en broyant ensemble dans un mortier un corps gras et du mercure, dans la proportion de 1 sur 10.

(2) Le bichromate de soude présente sur le bichromate de potasse l'avantage d'une solubilité plus grande, et d'un poids moins élevé. Il contient à poids égal une quantité d'acide chromique plus grande et il n'encrasse que fort peu les charbons.

La disposition suivante dispense de ce travail, souvent fastidieux :

La fig. 1 représente une vue en perspective d'une batterie de six de ces éléments.

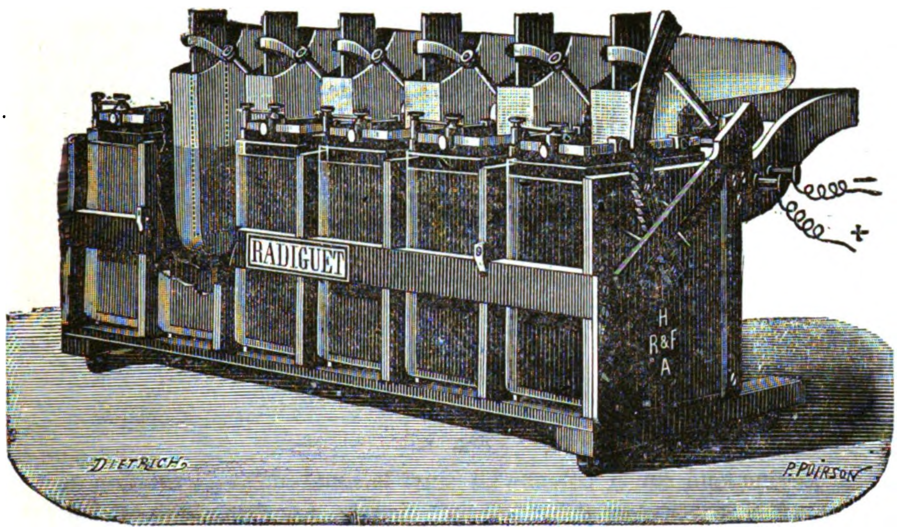


Fig. 1.

La fig. 2 montre une coupe verticale d'un élément, lequel se compose :

1° D'un vase extérieur D. renfermant le bichromate et les charbons ;

2° D'un récipient E, lequel, considéré isolément, affecte la forme d'un cœur très découpé de façon à constituer deux vases distincts F et F' situés à angles droits, l'un par rapport à l'autre.

Le vase F est en terre poreuse ; c'est lui qui trempe dans le bichromate lorsque la pile fonctionne (fig. 2).

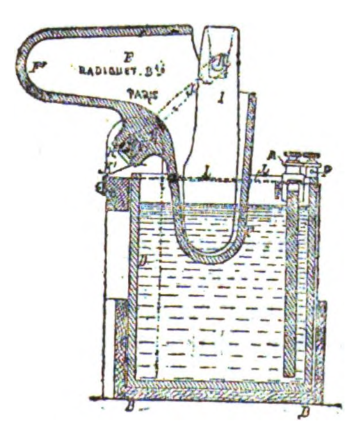


Fig. 2.

Le compartiment F' est en porcelaine émaillée.

A l'état de repos l'eau du vase poreux F est déversée dans la portion émaillée F' et la portion poreuse est sortie du bichromate (fig. 3).

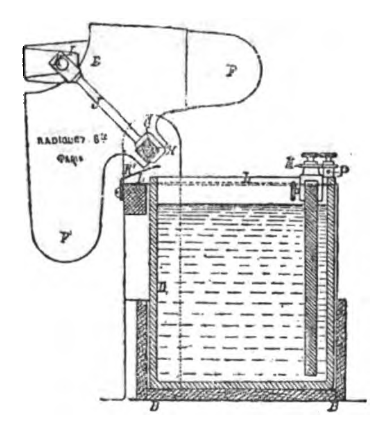


Fig. 3.

Le zinc tenu sur la colonne I a suivi le mouvement de rotation du vase E et se trouve en dehors de tout liquide. La disposition est telle qu'une seule main suffit pour faire mouvoir ensemble tous les éléments de la batterie, tout en réglant l'immersion des vases poreux.



Le même constructeur a combiné une autre disposition de pile au bichromate de potasse à deux liquides, dans laquelle le zinc est constamment immergé sans usure sensible à circuit ouvert. Il n'y a donc pas, comme dans le précédent, de manœuvre à faire pour se servir du courant; la mise en jeu d'un simple bouton ou commutateur suffit pour animer aussitôt la lampe employée.

Dans ce modèle, l'eau acidulée est placée dans un vase poreux cylindrique avec une lame de zinc amalgamé plongeant dans une cuvette à parois inclinées pour protéger l'encrassement du mercure qu'elle renferme et qui a pour but de maintenir constante l'amalgamation du zinc.

Le vase extérieur renferme la solution de bichromate de potasse et un charbon circulaire, disposition avantageuse qui donne à la surface de dépolarisation une grande étendue.

D'après des expériences faites par M. Hospitalier, la force électromotrice normale de cet élément est de 2 volt, avec un débit normal de 1 ampère à 1 ampère et demie.

En service discontinu (et c'est là le cas ordinaire dans la pratique médicale), il faut, à cause de la diffusion, renouveler l'eau accidulé après

que la pile a fourni environ 8 ampères-heure. En général, l'eau acidulée peut être changée trois fois avant que la solution de bichromate soit épuisée.



Enfin, pour clore la liste des piles au bichromate de soude ou de potasse que le praticien peut utiliser pour l'éclairage, nous citerons celle imaginée par M. Desruelles. Le caractère particulier de cette pile réside dans la disposition de la plaque de charbon qui présente une surface, creusée de cannelures profondes, donnant aussi une surface de dépolarisation considérable.

Le liquide dépolarisant est placé dans un vase extérieur en grès et une série de plaques de charbon, reliées toutes entre elles, plongent dans ce liquide. Au centre du vase de grès se place un vase poreux cylindrique renfermant le zinc amalgamé à l'hydrargyrine.

Comme la précédente, cette pile présente le grand avantage de ne pas s'user sensiblement en circuit ouvert, ce qui dispense de manipulations trop fréquentes.



Il nous reste à parler d'un autre genre de pile qui n'est autre que la pile Leclanché, mais dans laquelle l'inventeur M. Goodwin a remplacé le vase poreux garni de bioxyde de manganèse par un vase poreux de forme et de nature particulière.

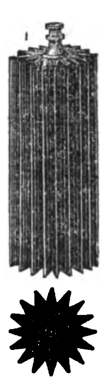


Fig. 4.

Ces vases poreux, en charbon, sont fabriqués d'une façon spéciale, et ils présentent une résistance intérieure moins grande que les vases poreux ordinaires.

Le caractère principal de ces vases poreux qui font en même temps office de collecteur, c'est d'offrir une surface de dépolarisation très gran-

de. Ainsi, les surfaces des trois types que construit M. Goodwin sont respectivement de 3 décimètres 1/2, 7 décimètres 1/2 et 50 décimètres carrés.

La figure 4 donne une idée de la forme en ailette donnée aux vases en charbon poreux.

Le zinc, dans cette pile, est circulaire. Le liquide excitateur est de l'eau et du sel ammoniac.

Avec des éléments ainsi disposés, on peut, suivant le type employé, obtenir sans discontinuité 20 à 25 minutes d'éclairage avec le plus petit modèle dont la hauteur est de 14 centimètres et le diamètre de 7 centimètres. Avec le plus gros modèle, qui mesure 20 centimètres de diamètre, on peut maintenir un éclairage pendant 2 heures à 2 heures 1/2. Au bout de ce temps, la pile reprend, par un repos qui doit être de 2 heures pour le petit modèle et de 5 à 6 heures pour le grand, son énergie, à moins, bien entendu, que la solution saline ou le bioxyde de manganèse soit épuisée.

Nous venons de passer en revue les piles de divers modèles qui peuvent rendre service au praticien qui veut utiliser les avantages de la lumière à incandescendence, avec la moindre somme possible d'inconvénients dans la manière de l'obtenir. Vouloir préconiser tel appareil plutôt que tel autre serait absurde. Une pile, parfaite pour une circonstance déterminée, devient défectueuse en dehors des conditions pour lesquelles elle est utilisée. Le médecin, pour faire un choix, devra se guider d'après les circonstances particulières dans lesquelles il est placé. A-t-il besoin d'un éclairage quotidien et soutenu, la pile à charbon circulaire, décrite plus haut, la pile Leclanché à vase poreux étoilé et les accumulateurs sont des appareils auxquels il doit recourir. Si, au contraire, il ne demande qu'un éclairage à intervalles plus ou moins éloignés, c'est aux batteries à treuil ou à renversement qu'il faut s'adresser.



II. Il nous reste à parler des accumulateurs. C'est, à notre avis, dans le cas où le médecin se sert journellement de l'éclairage électrique, le moyen le plus pratique d'obtenir le courant qui doit animer la lampe, et auquel, dans bien des circonstances, il sera avantageux de recourir.

Depuis quelques années, la liste des inventions ou modifications relatives à l'accumulation électrique s'est singulièrement étendue, et sans considérer les progrès réalisés jusqu'ici, comme le summum de ce qui peut être fait dans cette classe d'appareils, on peut, dès à présent, employer à l'éclairage médical avec la certitude d'un bon fonctionnement les divers modèles d'accumulateurs imaginés dans ces derniers temps.

L'accumulateur dont nous faisons usage dans notre cabinet est cons-

titué par des lames, imaginées par M. Reynier. Ces plaques, beaucoup plus solides que les anciennes plaques à oxydes de l'accumulateur F. S W., sont formées d'une lame mince en plomb plissée sur elle-même et ajourée.

Elle est maintenue par un cadre en plomb épais qui donne de la solidité à l'ensemble et sert à amener et à recueillir le courant de charge et de décharge (Fig. 5). Ces plaques sont disposées parallèlement dans



Fig. 5

une cuve en verre ou en ébonite, où elles plongent dans de l'eau acidulée. Leur nombre varie avec la durée d'éclairage que l'on désire. L'accumulateur que nous employons est composé de trois plaques, une positive, deux négatives. La recharge, que nous effectuons tous les huit jours, demande 7 à 8 heures environ. Elle peut être faite la nuit, à l'aide de deux éléments moyens au bichromate de soude.

Notre installation comprend de 4 à 6 accumulateurs semblables à celui que nous venons de décrire. Ils peuvent être groupés en quantité et en tension, à volonté, à l'aide d'un commutateur de Planté ou de M. Desruelles, suivant que l'on charge l'appareil ou que l'on utilise l'énergie emmagasinée.



III. — Dans la lampe que vient animer le courant de l'un quelconque des appareils que nous venons de décrire, nous devons distinguer deux parties : la lampe à incandescence et l'appareil optique au foyer duquel elle est placée.

Tout le monde connaît aujourd'hui les lampes à incandescence. Celles dont nous faisons usage sont de 5 à 8 volts; elles absorbent en moyenne de 1 à 1 ampère 1/2 et donnent une lumière d'environ 2 bougies.

Nous les prenons d'un diamètre aussi petit que possible, 12 à 15 millimètre par exemple, afin de pouvoir faire usage d'un appareil optique peu volumineux, ce qui est indispensable en gynécologie.

Dans l'examen au spéculum, la nécessité de protéger l'opérateur de la lumière directe à l'aide d'un écran, a donné l'idée de remplacer ce dernier par un réflecteur sphérique ou parabolique remplissant le rôle de l'écran et recueillant les rayons émis par le corps lumineux pour les reporter sur l'objet à éclairer.

Avec les lampes à incandescence, ces réflecteurs peuvent avoir des dimensions exiguës, en raison du faible rayonnement calorifique de ces lampes et de leur petit volume, ce qui ne pouvait avoir lieu avec les sources lumineuses autrefois employées, huile ou pétrole.

Comme appareil optique, on peut faire usage soit d'un miroir parabolique, soit d'une lentille convergente. Contrairement à ce qui se pratique habituellement, nous ne conseillons pas la disposition qui consiste à faire usage des deux à la fois, miroir et lentille.

On n'y trouve aucun avantage comme concentration lumineuse, et le champ éclairé se trouve coupé par des interférences et des caustiques qui nuisent à l'examen.

Aussi nous n'employons que le miroir seul ou la lentille seule. Jusqu'à présent nous donnons la préférence à celle-ci, pour des considérations d'ordre purement optique, et dans lesquelles il serait trop long d'entrer ici. L'appareil éclairant dont nous faisons usage se compose donc d'une lampe à incandescence placée au foyer d'une lentille convergente de petites dimensions. L'ensemble est fixé à un manche dans l'intérieur duquel passent les fils conducteurs du courant qui arrive à la lampe. Un interrupteur à pédale fixé sur ce manche permet d'allumer ou d'éteindre la lampe suivant les besoins.

En résumé, l'incandescence électrique appliquée à l'éclairage des cavités naturelles et en particulier à l'examen au spéculum, sans vouloir prétendre à remplacer absolument les moyens d'exploration déjà usités, est depuis quelques années entrée dans une voie de perfectionnements pratiques qui en ont rapidement étendu l'usage, et ont mis entre les mains du praticien un mode d'éclairage aussi puissant que commode dans son emploi.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

144. — Traitement des névralgies du sein. — M. Terrillon pose ainsi qu'il suit les préceptes à suivre dans la cure de cette affection :

Le traitement devra nécessairement varier avec les cas ; il faudra tout d'abord remédier, dans la limite du possible, à ce qui paraît être la cause de la névralgie. C'est ainsi que, dans le cas de mamelles pendantes, il faudra conseiller un corset bien fait, ou l'usage d'un maillot de tricot ou de soie qui empêche le ballottement et les tiraillements incessants auxquels la mamelle est sujette. Un appareil de suspension en flanelle prenant appui sur l'épaule du côté opposé rendra souvent de grands services. Les révulsifs, les émissions sanguines, sont à conseiller dans des cas de mamelles turgescentes.

L'auteur recommande en outre, tout particulièrement, la compression ouatée.

Celle-ci doit être pratiquée méthodiquement et d'après les règles établies par Broca. Le sein étant bien garni de ouate, on doit comprimer au moyen de bandes (autant que possible des bandes de flanelle) exactement appliquées et passant les unes en sautoir sur l'épaule du côté opposé, les autres circulairement autour de la poitrine et sur l'autre sein. Cette compression doit être appliquée de nouveau ou renouvelée tous les trois ou quatre jours, et resserrée par l'adjonction d'une bande nouvelle après deux jours. Sans cette précaution, la ouate s'aplatit et la compression cesse.

La compression doit être soutenue ainsi pendant une vingtaine de jours et même davantage, si cela est nécessaire, car elle constitue le meilleur moyen pour faire disparaître la névralgie. Dans les cas rebelles, les pointes de feu, la pulvérisation d'éther, pourront être appliquées. Il ne faudra jamais négliger le traitement général, l'arsenic, le sulfate de quinine pour les cas où les douleurs sont intermittentes.

Le salicylate de soude chez les rhumatisantes ; l'aconitine et le bromure de potassium chez les névrosthéniques sont des adjuvants dont il ne faut pas négliger l'emploi.



145. — Les antiseptiques dans le traitement de la coqueluche. — Le Dr Monti, de Vienne, préconise le traitement suivant dans la coqueluche. En dehors de toute complication la durée de ce traitement a été de vingt jours en moyenne.

Chaque jour, on fait faire à l'enfant quatre inhalations d'une solution phéniquée à un pour cent ou d'une solution de benzoate de soude à cinq pour cent. A l'intérieur, on administre dans du lait, toutes les deux heures, une dose qui varie selon l'âge, de l'une des deux poudres suivantes : chlorhydrate ou tannate de quinine mélangé à du benzoate de soude et à du sucre blanc. Le tannate est le sel de quinine le plus facile à administrer.



146. — La cocaïne dans les affections vénériennes et syphilitiques chez la femme. — Le Dr Bono a fait sur ce médicament une série d'expériences dans les affections du système génital chez la femme, qui peuvent se résumer ainsi :

1° Les douleurs cuisantes de la blennorrhagie, chez les femmes, cèdent invariablement à l'emploi d'un petit tampon d'ouate imbibé d'une solution de cocaïne à 2 pour 100 et à l'application d'une pommade contenant 5 p. 100 de cocaïne ;

2° On peut, par son emploi, cautériser, exciser et gratter les condylomes, sans souffrance ;

3° La cocaïne offre une valeur analgésique certaine et d'une durée suffisamment longue, dans la cautérisation et l'excision des affections syphilitiques primaires ;

4° La cocaïne administrée à l'intérieur pendant le traitement antisyphilitique n'a pas d'effets appréciables ;

5° Les effets locaux sont hautement appréciables dans l'amygdalite syphilitique, la stomatite mercurielle et la dysphagie.



147. — Liniment antinévralgique. — Les douleurs névralgiques, dans le cours d'une affection utérine, se manifestent le

plus ordinairement par une névralgie lombo-abdominale. Voici la formule d'un liniment qui est très utile dans ce cas. On en imbibe un morceau de flanelle et on s'en sert pour frictionner la région douloureuse.

Chloroforme	5	gr.
Teinture d'aconit	10	gr.
Alcoolat de mélisse	50	gr.

***

148. — Prophylaxie des maladies puerpérales. — Le *Journal d'accouchements* résume ainsi qu'il suit les indications à remplir dans la prophylaxie des maladies puerpérales :

Le meilleur moyen d'éviter la fièvre puerpérale, c'est la *propreté en tout et pour tout*, c'est-à-dire que l'accoucheur, la patiente et tous les objets employés doivent être d'une extrême propreté. De plus, il faut se servir des *antiseptiques*, substances qui tuent les germes de la maladie ou s'opposent à leur développement. Les plus actifs sont *l'acide phénique*, à la dose de 1 à 5 %, et surtout le *sublimé corrosif*, à la dose de 25 centigrammes à un gramme par litre d'eau.

L'accoucheuse aura soin d'avoir avec elle une quantité suffisante de la *liqueur bleue au sublimé*, dont voici la composition :

Sublimé corrosif	10 grammes.
Alcool	100 grammes.
Indigo : q. s. pour colorer.	

Une cuillerée à café dans un litre d'eau donne *l'eau sublimée*, qui sert aux différents usages antiseptiques : pour se rincer les mains, pour laver la vulve, pour faire les injections pendant et après l'accouchement.

L'accoucheuse ne doit pas laisser chez ses clientes la *liqueur bleue*, attendu que le sublimé est un poison violent. Elle doit veiller à ce que personne n'en absorbe la plus petite quantité.

L'accoucheuse doit avoir ses *ongles coupés courts* et *parfaitement nettoyés*, de façon qu'il n'y reste pas la moindre crasse.

Avant chaque toucher, elle doit se laver les mains à l'eau et au savon, puis s'essuyer ; elle trempe alors sa main dans l'eau subli-

mée et enduit son indicateur d'un corps gras (vaseline, huile phéniquée, si possible) ; c'est alors qu'elle peut sans danger examiner la femme.

Avant le premier toucher, elle fera une injection vaginale à l'eau sublimée tiède. Cette injection sera renouvelée toutes les trois heures, *pendant le travail.*

La vulve sera bien lavée, puis rincée à l'eau sublimée.

Pendant la délivrance, les parties génitales seront tenues parfaitement propres et rincées à l'eau sublimée, autant de fois qu'il sera nécessaire.

Après la délivrance, qui sera toujours faite avec une extrême prudence, l'accoucheuse pratiquera une abondante injection d'eau sublimée tiède dans le haut du vagin, de façon qu'une partie du liquide pénètre dans l'utérus. Ces manipulations seront désormais enseignées à l'Ecole provinciale d'accouchements.

Dans les suites de couches, une compresse imbibée d'eau sublimée sera laissée sur la vulve et renouvelée plusieurs fois par jour, à chaque lavage qui sera fait, du reste, avec le même liquide. Il sera toujours prudent de faire deux injections vaginales par jour avec de l'eau sublimée tiède. Ces injections seront indispensables et devront même souvent être plus nombreuses dans les cas suivants :

1° Si l'accouchement a été laborieux ;

2° Si une petite portion de membrane ou de placenta est restée dans l'utérus ;

3° S'il y a des éraillures à la vulve ou au vagin ;

4° Si les lochies ont la moindre odeur ;

5° Si la femme est accouchée d'un enfant macéré ou putréfié.



149. — Traitement des hémorrhoïdes. — Voici un mode de traitement des hémorrhoïdes avec lequel, d'après la *Therapeutic Gazette*, on obtient un soulagement très notable, même dans les cas intenses.

Ce traitement consiste à injecter matin et soir dans le rectum quinze grammes d'une solution saturée de chlorate de potasse à laquelle on ajoute dix gouttes de laudanum.

* * *

150. — Traitement de la diarrhée chronique chez les enfants. — Le docteur Zinnis, professeur de thérapeutique à l'Université d'Athènes, a fait un intéressant mémoire sur cette maladie.

En premier lieu, M. Zinnis donne le pas au régime diététique : allaitement par la femme, changement de nourrice s'il y a lieu, abstinence de farineux, et, seulement en cas de nécessité absolue, remplacement du lait maternel par le lait de vache, plus rarement le lait de chèvre, régularité des tétées, etc., etc.

A ce régime, il ajoute l'administration du sous-nitrate de bismuth, si les selles sont muqueuses et jaunâtres ; de la potion à l'eau de chaux et au bismuth (eau de fenouil, 75 grammes ; sous-nitrate de bismuth, 3 grammes ; eau de chaux, 6 grammes ; sirop de fleurs d'oranger, 15 grammes), par petites cuillerées toutes les deux heures, si les selles sont vertes et riches en concrétions de caséine ; ou bien de la potion de Hufeland (eau de fenouil, 45 grammes ; sirop de rhubarbe, 15 grammes ; poudre d'yeux d'écrevisses, 1 gramme 50 centigrammes.) Dans les formes rebelles, M. Zinnis associe l'infusion de colombo (50 centigrammes pour 75 grammes de liquide) au sous-nitrate de bismuth, ou bien prescrit le sirop de colombo à la dose de une à deux petites cuillerées quatre fois par jour, et n'administre le jus de la viande peu cuite ou de la viande crue que dans les cas où l'amélioration est lente. Quelquefois il a donné l'électuaire d'or de Legrand, (or, 20 centigrammes ; miel, 125 grammes) à la dose de une à deux cuillerées à café par jour, et, plus rarement, le pernitrate de fer, ou les extraits de ratanhia, de cressorille et de bois de campêche.



151. — Les inhalations de térébenthine dans la coqueluche. — Le Docteur Bodin, de Besançon, a préconisé les inhalations de térébenthine dans le traitement de cette affection, et il a obtenu en quelques jours des résultats complets.

Voici comment l'auteur procède : il met dans la bouillote d'une veilleuse, 15 grammes d'essence de térébenthine rectifiée, avec ou sans benjoin, la nuit, près du lit de l'enfant malade : de là un dégagement permanent de vapeurs térébenthinées ; au bout de quatre à huit jours, la coqueluche a diminué des trois-quarts. Une enfant ainsi traitée pendant quatre jours a fait le voyage de Besançon à

Lyon avec deux quintes ; chez une autre, les quintes nocturnes tombent de huit à deux après quatre jours. L'auteur a su depuis qu'un médecin suisse, auquel on avait conduit une coqueluche traitée sans succès par un médecin français, l'avait guérie en frottant la poitrine entière et les bras avec l'essence ; il y avait de cette façon la révulsion, mais il y avait aussi l'inhalation de la vapeur d'essence.



152. — De la désinfection du vagin dans le tamponnement, par le D[r] Koch (d'Heidelberg.) — L'auteur s'est posé le problème d'assurer à la fois l'hémostase obtenue par le tamponnement et la désinfection d'une cavité où on doit laisser séjourner le plus longtemps possible un corps étranger infiltré de sang et de liquides organiques.

La solution du problème réside dans le choix d'une substance désinfectante à incorporer à la matière première du tampon et capable de s'opposer à tous les processus de fermentation et de putréfaction du milieu. L'auteur s'est livré à une série d'expériences sur le coton dégraissé, imprégné d'antiseptiques à divers degrés de concentration et plongé dans un mélange de sang de bœuf et de sécrétions vaginales, maintenu dans une étuve, à la température du corps humain.

Il résulte tout d'abord de ces expériences que l'absence d'odeur ne donne aucune garantie contre la présence des bactéries. Le sublimé s'est montré inefficace ; une solution au cinq-centième n'empêche pas le développement des micro-organismes. L'iodoforme, l'acide borique, la solution phéniquée au centième, et même la glycérine phéniquée au dixième sont également impuissants. Par contre, on peut recommander une solution phéniquée à 2.5 p. 100, et l'acide salicylique en solution alcoolique à 5.10 p. 100.



153. — De la périnéorrhaphie. — Le D[r] Dagot, qui a consacré sa thèse inaugurale à cette importante question, arrive sur ce sujet aux conclusions suivantes.

On doit restaurer les déchirures du périnée, quelle que soit leur étendue ; les déchirures complètes ne guérissent jamais seules.

Celles incomplètes guérissent parfois spontanément.

En présence d'une déchirure incomplète sans signes de contusion violente, il y a lieu de procéder à une restauration immédiate. En présence d'une déchirure complète ou incomplète qui porte des traces évidentes de contusion grave, il faut absolument attendre que la plaie soit détergée et recouverte de bourgeons charnus pour pratiquer alors la réunion immédiate secondaire.

On devra s'abstenir de toute espèce d'intervention, si l'état général et local ne sont pas satisfaisants. A plus forte raison, quand il existe des complications puerpérales, et *attendre le retour parfait à la santé de la malade*, pour pratiquer la périnéorrhaphie tardive, *dès qu'elle sera possible*, *tout en la retardant aussi peu de temps qu'on le pourra.*

Quelle que soit l'époque à laquelle on opère, la méthode antiseptique est d'une nécessité absolue. Les déchirures qui bénéficieront de la réunion secondaire devront être maintenues dans un état d'asepsie absolue depuis l'époque de leur production jusqu'à leur restauration complète. C'est se créer des chances presque certaines de succès et supprimer pour la nouvelle accouchée des causes d'infection.

La suture d'Emmet ou suture périnéale proprement dite, associée à la suture vaginale, semble être un procédé mixte par excellence applicable à toutes les variétés de déchirures, quelle que soit l'époque choisie pour les réparer. Il est de toute importance, quand on tente la réunion secondaire, de *cruenter* les surfaces granuleuses dans toute l'étendue de la déchirure.

L'importance des soins consécutifs est considérable : pansements, cathétérisme, lavages antiseptiques sont de rigueur. L'opium est inutile, il peut être nuisible. La constipation ne doit pas être prolongée à cause des inconvénients qu'elle présente pour l'état général de la malade et pour la résistance de la suture. En entretenant la liberté du ventre, on semble assurer plutôt le succès que le compromettre.



154. — Solution et poudre contre la vaginite. — M. Sinéty conseille, pour combattre la vaginite, la solution suivante dont il imbibe des tampons d'ouate.

Acide phénique cristallisé........	1 gramme.
S. N. de Bismuth...............	6 gr.

Glycérine pure	....	25 gr.
Eau distillée	....	100 gr.

Dans le cas de vaginite chronique, le docteur Martineau projette sur toute la surface du vagin, à l'aide d'un insufflateur, la poudre suivante :

Acide salicylique	... .	30 grammes.
Farine de blé	....	50 —
Gomme pulv	....	10 —

Mêlez.

***

155. — Drainage du vagin dans les cas de cancer de l'utérus. — Le Dr C. Wymann de (Michigan) vient de faire une tentative de traitement particulier de cette affection, tentative qui mérite d'être prise en considération, surtout dans les cas où une intervention opératoire paraît contre-indiquée.

L'auteur est parti de cette idée que, lorsque l'utérus est le siège d'un cancer ulcéré, les produits de sécrétion retenus plus ou moins longtemps dans le vagin entrent en décomposition, donnent naissance à des ptomaïnes, lesquelles, après leur résorption, deviennent la source d'accidents plus ou moins graves, produisent entre autres le dépérissement et la prostration des forces. Les tentatives qu'il a faites pour prévenir ces fâcheuses conséquences au moyen d'irrigations antiseptiques ont échoué. Par contre, au moyen de drains introduits dans le vagin, il a réussi à maintenir l'orifice de ce conduit suffisamment ouvert pour assurer le libre écoulement des produits de sécrétion de l'utérus cancéreux. Du même coup, l'odeur nauséabonde qu'entretiennent les cancers de l'utérus a disparu et l'état général s'est relevé.



156. — Le jéquirity dans le traitement de la métrite granuleuse chronique. — Le Dr Luigi Borde, deuxième assistant à la clinique obstétricale de Bologne, a employé le jéquirity pour une malade qui souffrait d'une métrite granuleuse qui avait résisté aux traitements employés pour la guérir.

Il pensa qu'on pouvait tenter la cure de cette affection rebelle avec

le jéquirity, de même, qu'on l'a fait avec des succès assez divers pour les granulations conjonctivales. Le vagin bien nettoyé, il injecta dans la cavité utérine une solution à 1 p. 100 de jéquirity, ne laissant qu'un instant le liquide en contact avec la muqueuse, et ensuite, il fit un badigeonnage du col avec la même solution. Le repos absolu n'ayant pas été observé, malgré les plus pressantes recommandations du médecin qui avait averti sa cliente de la réaction inflammatoire inévitable, il en résulta diverses complications, telles que douleurs vives, élévation de température et difficulté de la miction. Après une semaine cependant, la malade put quitter son lit ayant eu du catarrhe utérin avec expulsion de membranes, mais n'éprouvant plus rien d'anormal. L'examen au spéculum, pratiqué le dixième jour, permit de constater l'heureuse modification obtenue, et la guérison complète survint sans autre complication.



157. — Traitement de la dyspepsie par l'eau chaude. — La dyspepsie est une complication que le gynécologue rencontre fréquemment dans le cours d'une affection utérine.

Le Dr Sheardon, qui conseille l'emploi de l'eau chaude, a fait usage de cette médication sur lui-même. A la suite d'une légère insolation, il eut pendant quelque emps des vomissements alimentaires, qui se déclaraient après chaque repas. Ces vomissements résistèrent à tous les traitements. Après trois mois de souffrance, l'auteur pesait cinquante livres de moins; il éprouvait des vertiges et des troubles de la parole. Il se décida alors à essayer le traitement par l'eau chaude préconisé par Cutler et Bauney.

A l'aide d'une sonde œsophagienne, il introduisit dans son estomac de l'eau aussi chaude que possible et dès les premiers instants, il constata la disparition des vomissements. Il continua l'usage de l'eau chaude à la dose d'un demi-litre environ, une heure et demie avant le repas, sans y associer aucune autre boisson. Il se soumit à la diète de la viande. Le vomissement ne reparut plus, et la guérison fut complète.



158. — Etiologie et prophylaxie de l'éclampsie puer-

pérale. — Le Dr Fry a fait sur cette intéressante question un travail d'une réelle importance, qui peut être résumé dans les conclusions suivantes :

1° L'albuminurie puerpérale est un symptôme d'altérations pathologiques qui prédisposent à l'éclampsie.

2° C'est pourquoi le traitement prophylactique de l'éclampsie puerpérale doit tendre à prévenir l'albuminurie. On peut obtenir ce résultat en améliorant la crase sanguine, par le moyen des toniques et d'un régime reconstituant et en amenant une déplétion sanguine des reins par les moyens qui ont pour objet de favoriser la circulation cutanée. Il est, en outre, de toute nécessité que les femmes enceintes ne portent pas de vêtements étroits qui les serrent trop.

3° L'urine des femmes enceintes doit être soumise à des examens méthodiques à partir du cinquième mois et même avant si on soupçonne une lésion rénale quelconque.

4° Sitôt qu'on reconnaît l'albumine, on doit instituer un traitement *ad hoc*. Ce traitement doit comprendre les moyens diététiques ordinaires et dans les cas graves, on ne doit pas reculer devant une intervention obstétricale.



159. — Traitement de l'obésité. — L'obésité est aussi fréquente chez la femme que chez l'homme ; et c'est à ce titre que nous nous en occupons ici.

M. C. Paul, dans un travail sur la matière, fait remarquer que l'obésité est souvent héréditaire, comme aussi dans certains cas la maigreur, et que le même régime qui laisse les uns maigres, fait engraisser les autres. Tous les traitements peuvent réussir, mais tous échouent généralement par le défaut de persévérance des malades.

Cependant, dans un cas que M. Paul suit depuis près de 20 ans, la malade a consciencieusement appliqué la méthode de Dancel, qui a été le premier à instituer avec succès le traitement de l'obésité et dont on oublie trop de citer le nom. Dancel était médecin militaire dans la cavalerie, et c'est en 1843, qu'en utilisant les travaux de Payen, Flourens, Milne-Edwards, Liebig, sur la digestion, il organisa un régime dont les éléments sont : l'exercice fait le matin de bonne heure au grand air (faire lever les malades de bonne heure est une

des choses les plus difficiles à obtenir) ; la suppression de tous les corps gras, des féculents, du pain, des pâtisseries et des sucreries, — la diminution de l'eau et des boissons ; enfin, l'usage des purgatifs, que rend nécessaire la constipation ordinaire chez les obèses, la parésie de l'estomac et la pneumatose par parésie intestinale étant parmi les premiers troubles fonctionnels déterminés par l'obésité.

La malade, à laquelle M. Paul a fait allusion et qui, après avoir maigri de 20 kilogrammes au début du traitement de Bancel, avait sans relâche suivi le même régime, a été pesée toutes les semaines pendant 10 ans ; or, l'examen du graphique des poids révèle une particularité jusqu'ici inaperçue et constante. Tous les ans, le poids augmente régulièrement de janvier à avril, malgré l'usage des purgatifs, puis tombe rapidement d'avril à mai pour rester stationnaire jusqu'à la fin de l'année. — La connaissance de cette loi est de nature à tromper les expérimentateurs sur la valeur des traitements qu'ils instituent.

***

160. — Traitement de l'incontinence d'urine essentielle. — Le Dr Picard qui a fait un travail sur cette question, tout en reconnaissant que les enfants délicats sont plus sujets que les autres à cette affection, lui attribue comme cause principale et indéniable, l'hérédité.

Les enfants de parents nerveux ou atteints d'affections nerveuses y sont, en particulier, certainement plus prédisposés. Cette prédisposition nerveuse ne doit, d'ailleurs, pas surprendre pour une maladie qui n'est, après tout, quelle que soit l'idée qu'on se fasse de son mécanisme, qu'une névrose de la sensibilité ou de la motilité.

L'incontinence nocturne d'urine cesse ordinairement avec la puberté, mais il ne faut pas compter absolument sur les changements physiologiques qui s'opèrent à cette époque de la vie pour la voir disparaître, car il n'est pas tout à fait rare d'observer des jeunes gens de vingt à vingt-cinq ans qui en sont encore atteints, au moins de temps à autre.

Elle n'a, du reste, d'autre inconvénient, que celui si désagréable, au surplus, de mouiller les draps et d'entretenir autour du sujet une humidité qui enflamme les parties, les imprègne d'une odeur uri-

neuse des plus désagréables et peut avoir pour conséquence, l'hiver surtout, les rhumes et les bronchites.

On oppose à l'incontinence d'urine nocturne deux médicaments principaux : la belladone, quand elle résulte d'une contraction exagérée de la vessie ; la noix vomique quand elle provient de la faiblesse des muscles péri-uréthraux.

La belladone s'administre à l'état d'extrait ou pilule de 1 centigr. à la dose de 1 pilule le soir en se couchant pendant plusieurs jours.

Trousseau qui a posé les règles de l'administration de la belladone, augmentait progressivement cette dose jusqu'à 10 et même 15 et 20 centigrammes, si cependant il n'y avait pas intolérance.

Si la belladone n'est pas bien supportée on la remplace par le bromure de potassium que l'on donne suivant l'âge à la dose de 1 et 2 grammes par jour (pour des enfants de quatre à douze ans).

La noix vomique s'administre, chez les enfants, en sirop contenant en dissolution l'*alcaloïde* de ce médicament sous forme de sel, le *sulfate de strychnine.* On prescrit : sulfate de strychnine 5 centigrammes ; sirop de sucre 100 grammes, qui contiennent à *peu près* vingt cuillerées à café. Il en résulte que chaque cuillerée à café renferme à peu près 2 milligrammes 1/2, une cuillerée à dessert, qui en est le double, 5 milligrammes et une cuillerée à bouche 1 centigramme de sulfate de strychnine, puisqu'elle contient quatre cuillerées à café ou deux cuillerées à dessert.

Chez les enfants de cinq à dix ans, on commence, le premier jour, par administrer deux cuillerées à café, une le matin, une le soir, pendant deux jours. Si cette dose est bien supportée, on laisse deux jours de repos et on augmente d'une cuillerée à café, c'est-à-dire, qu'on donne trois cuillerées à café pendant encore deux jours ; puis, après un nouveau repos de deux jours, on administre quatre cuillerées à café, et, ainsi de suite, jusqu'à six, mais en ayant soin d'espacer exactement les intervalles séparant l'administration des cuillerées.

Cette dose atteinte, on substitue une cuillerée à dessert à une cuillerée à café et, en suivant les mêmes règles, on arrive à six cuillerées à dessert (60 grammes de sirop, 3 centigrammes de sulfate de strychnine). Enfin on remplace une cuillerée à dessert par une cuillerée à bouche, en augmentant de même, de manière à donner : 50, 60, 80, 120 grammes de sirop, c'est-à-dire 3, 4 et jusqu'à 6 centigrammes de sulfate de strychnine.

Au-dessus de dix ans, on commence par la cuillerée à dessert et

on arrive de la même manière jusqu'à 200 grammes de sirop, c'est-à-dire 10 centigrammes de principe actif.



161. — Traitement de l'adénite péri-utérine chronique en petits noyaux. — M. le docteur Tillot cite, dans un travail publié par les *Annales d'Hydrologie*, de nombreuses observations de cette forme particulière d'adénite péri-utérine, dans lesquelles l'emploi de la médication thermale de Luxeuil a produit de très bons effets. Cette affection est caractérisée anatomiquement par l'inflammation d'un ou plusieurs des ganglions lymphatiques émanés du corps ou du col de l'utérus et placés dans les culs-de-sac péri-utérins, et notamment dans l'espace rétro-utérin.

Outre ces tumeurs, on rencontre souvent de la lymphangite concomitante et une inflammation du corps ou du col de l'uterus, dont l'adénite n'est que la traduction symptomatique. Le traitement auquel M. Tillot a eu recours à Luxeuil a consisté dans l'emploi des bains salins prolongés, joints à l'usage des irrigations vaginales, des douches ascendantes rectales et des douches lombaires chaudes. Au contraire, dans ces cas, les douches utéro-vaginales ou les douches hypogastriques ne pourraient avoir que des inconvénients.



162. — Nouvel antiseptique — le pansement au sucre. — M. Fischer, assistant du professeur Lücke, de Strasbourg, nous fournit des renseignements intéressants sur le pansement au sucre, qui paraît avoir donné des résultats exceptionnellement satisfaisants.

Nous extrayons des détails donnés par l'auteur, ce qui a trait au pansement lui-même :

...... Une fois l'opération terminée, on applique sur la plaie un sachet de sucre confectionné de la façon suivante : sur un morceau de carton recouvert d'une feuille de gutta-percha, on étale un morceau de mousseline dégraissée, de dimensions convenables. On verse par-dessus du sucre en poudre très fin, qu'on tasse de façon à former une couche de 1 demi-centimètre d'épaisseur ; cette couche doit occuper en lar-

geur une étendue suffisante pour déborder la plaie de 2 centimètres en tous sens. On replie les bords de la mousseline, et le sachet ainsi obtenu est fixé sur la plaie au moyen d'une épaisse couche de mousseline dégraissée, le tout recouvert d'une feuille de gutta-percha ; les bords du pansement sont garnis de ouate. Autant que possible, le pansement est laissé en place pendant six à huit jours ; il est levé plus tôt si la fièvre s'allume, ce qui est tout à fait exceptionnel ; une fois les drains raccourcis et les sutures enlevées, on applique un nouveau sachet de sucre, confectionné comme le premier. Quand il existe une perte de substance de la peau, le sucre en poudre est appliqué directement sur la plaie.

Sous ce pansement, les plaies présentent un aspect des meilleurs ; les téguments de voisinage ne sont point irrités. Dans quelques cas, où la sécrétion était très abondante, il est survenu de l'eczéma. Presque toujours, la cicatrisation s'est effectuée sans fièvre ; très rarement, la température interne des opérés s'est élevée le soir jusqu'à 39 degrés et au-dessus, beaucoup plus souvent, le second et le troisième jour après l'opération, à 38 degrés + quelques dixièmes. La couche de sucre se laisse facilement imprégner par le pus ; quand ses limites sont débordées, il faut appliquer un sachet de sucre supplémentaire, au point où le pus fait éruption. Les fils de suture s'accolent ordinairement à la gaze qui sert d'enveloppe au sachet, mais on les détache facilement, sans causer de douleur aux malades.



163. — De la teinture de haschich dans les hémorrhagies du cancer de l'utérus (J. CHÉRON). — C'est particulièrement dans les cas d'hémorrhagies s'accompagnant de violentes crises de névralgies lombo-abdominales que j'ai obtenu les meilleurs résultats de l'emploi de la teinture de haschich (indian hemp). Il faut en faire usage à doses fractionnées, d'après la formule suivante :

Teinture de haschich....................	2 gr.
Sirop simple...........................	30 gr.
Eau distillée..........................	90 gr.

Prendre 4 à 12 cuillerées à café par 24 heures.—Une seule cuillerée chaque fois.

FORMULAIRE

—

De l'hydrastis canadensis dans le traitement des congestions utérines, des ménorrhagies et des métrorrhagies. (J. Chéron.)

L'hydrastis canadensis, qui est une plante originaire de l'Amérique du Nord, renferme deux principes actifs : l'hydrastine et la bérébérine ou berberine.

Cette dernière substance y existe en proportion beaucoup plus grande que l'hydrastine.

L'étude physiologique de ce médicament, qui a été faite par Fellrer, dans le laboratoire du professeur Bach (de Vienne), a démontré que la solution de phosphate de berbérine à 1 % et la solution de chlorhydrate et d'hydrastine à 10 % donnent lieu à des phénomènes analogues dans l'état de la pression vasculaire. Le médicament exerce sur les vaisseaux, sur le cœur et sur l'utérus une modification caractéristique. Pendant les deux périodes d'action, cette substance, introduite chez l'animal, en injections sous-cutanées, fait passer l'intestin par des alternatives de pâleur et de rougeur.

Les contractions du cœur deviennent plus faibles, se ralentissent d'abord pour devenir arythmiques, si on augmente la dose. Enfin on constate des contractions très évidentes dans les vaisseaux et dans les muscles de l'utérus.

Cette action vasculaire incontestable, en a fait un succédané fort utile de l'ergot de seigle qu'il peut même remplacer avec avantage, particulièrement dans les cas de métrite hémorrhagique, de déplacements utérins avec hémorrhagies, dans les cas de métrorrhagies dites idiopathiques ; dans les cas de ménorrhagies chez les jeunes filles, dans les métrorrhagies puerpérales, ainsi que dans celles qui accompagnent la périmétrite.

L'action de l'hydrastis canadensis a été beaucoup moins concluante sur les hémorrhagies des cancers et des fibromes.

C'est encore dans les cas de ménorrhagies, de règles prolongées que l'hydrastis canadensis donne d'excellents résultats.

L'hydrastis canadensis détermine nettement la décongestion de

l'appareil utéro-ovarien et il reproduit dans son action thérapeutique, la première période de son action physiologique. Il élève la tension vasculaire de façon à modifier énergiquement les excitations locales ; c'est ainsi qu'on doit comprendre son action sur la circulation de l'appareil utéro-ovarien.

L'hydrastis canadensis peut être employé à la dose de 15 à 20 gouttes de teinture prise trois à quatre fois par jour dans un peu d'eau.

Une bonne formule d'emploi est la suivante :

Teinture d'hydrastis.	4 gr.
Elixir de Garus.	20 gr.
Sirop simple.	20 gr.
Eau distillée.	120 gr.

Prendre toute la dose en deux jours, en 8 fois.

On emploie aussi le phosphate de berberine et le chlorhydrate d'hydrastine sous la forme suivante :

Phosphate de berberine....... }
Chlorhydrate d'hydrastine...... } ää 0,60 centig.

en 30 pilules

Prendre 2 — 4 pilules par jour — une seule chaque fois.

La pharmacopée américaine fournit un produit excellent, *l'hydrastin*, ou extrait sec en poudre fine d'hydrastis canadensis, qui s'emploie de la manière suivante :

Hydrastin . . . . 2 gr.

en 40 pilules.

Prendre 4 — 10 pilules par jour -- 2 à la fois.

Ce médicament très utile dans les cas que nous venons de signaler, est un modificateur remarquable des dyspepsies atoniques et du catarrhe de l'estomac, ce qui n'est pas à dédaigner, lorsqu'on compare cette action, à celle que l'ergot de seigle exerce sur les voies digestives.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. — MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME, PAR LE PROFESSEUR CARL SCHRŒDER (1).

II. — DES EFFETS HÉMOSTATIQUES DU CHLOROFORME DANS LES HÉMORRHAGIES CONSÉCUTIVES A L'ACCOUCHEMENT.

Dans ces dernières années, la littérature médicale s'est enrichie d'un grand nombre d'ouvrages relatifs à la gynécologie. La plupart ne traitent que d'un seul point, que d'une seule question, mais en l'approfondissant et en mettant en relief les côtés jusqu'alors laissés dans l'ombre par cette science relativement nouvelle et encore incomplète. Un petit nombre seulement de traités complets sur la matière sont venus, jusqu'ici, présenter la gynécologie dans son ensemble. Depuis l'ouvrage si remarquable de Courty, aucune œuvre autant que le traité de gynécologie du professeur Schrœder n'avait appelé l'attention du monde médical.

Cette œuvre est claire, concise et pratique ; aussi révèle-t-elle chez l'auteur auquel on devait déjà, avant la publication de cet ouvrage, un grand nombre de monographies, une connaissance approfondie de la question.

(1) Traduit par E. Lauwers et Hertoghe.— A. Manceaux, libraire-éditeur, Bruxelles.

C'est un tableau fidèle de l'état actuel de nos connaissances en gynécologie. L'anatomie pathologique y tient une grande place et l'endométrite chronique notamment, étudiée de la façon la plus complète à ce dernier point de vue, avant d'entrer dans la question du traitement, forme un chapitre du plus haut intérêt, enrichi de nombreuses figures très claires, dont la rédaction est due à un élève distingué du maître, C. Ruge, bien connu par ses recherches histologiques.

Les procédés opératoires sont nettement indiqués et font apprécier le rôle important de la chirurgie dans la gynécologie moderne, cette science qui, nous pourrions dire presque dans ses moindres détails, est entrée dans une voie essentiellement chirurgicale, grâce à l'anatomie pathologique qui l'éclaire et aux précautions antiseptiques qui la sauvegardent.

Toutes les opérations importantes telles que l'ovariotomie, la colporraphie, l'hystérectomie vaginale, les déchirures périnéales, les fistules vésico-vaginales, etc., sont minutieusement décrites, sans longueur et avec précision.

Il importe de mentionner le chapitre relatif au curettage de l'utérus dans le carcinôme. L'auteur considère que dans les cas même inopérables par ablation, le curettage peut rendre les plus grands services.

Il est certain, que lorsque le carcinôme a envahi la profondeur de l'utérus, laissant un cratère béant, rempli de fongosités mollasses, donnant du pus et du sang, le curettage peut améliorer la situation, en modifiant les pertes sanguines et l'écoulement purulent. C'est à ce point de vue que le professeur Schrœder a raison de préconiser l'emploi d'un moyen chirurgical qui peut, dans les cas les plus mauvais, prolonger l'existence et atténuer les douleurs, mais lorsque les parois vaginales sont atteintes, lorsque les culs-de-sacs sont envahis et surtout, lorsque les douleurs reviennent par crises violentes, le traitement par la curette tranchante est particulièrement ingrat suivant l'expression de l'auteur.

Le chapitre relatif au cancer comprend une étude très intéressante et comparative des tumeurs malignes de l'utérus, au point

de vue de l'anatomie pathologique et au point de vue du traitement.

Dans les maladies des ovaires, l'ovarite aiguë et l'ovarite chroniques sont à peine esquissées. Il n'en est pas de même des maladies des trompes qui sont présentées avec d'intéressants détails et de nombreuses figures, ainsi que les néoplasmes de l'ovaire, les maladies des ligaments de l'utérus et du péritoine pelvien, qui sont étudiées d'une façon très instructive quoique toujours très concise dans la forme.

Les maladies du vagin et de la vulve n'ont pas été oubliées ; c'est encore un chapitre traité d'une façon très sommaire, mais toujours de manière à laisser apprécier l'opinion et la pratique de l'auteur.

En somme, nous nous expliquons, à la lecture de cet excellent ouvrage si bien traduit par MM. Lauwers et Hertoghe, le succès qu'il a eu en Allemagne, aujourd'hui où il est arrivé à la sixième édition. C'est un traité qui, en résumant l'état actuel de nos connaissances en gynécologie, ne néglige ni les méthodes d'exploration, ni l'étiologie, ni l'anatomie pathologique, qui y tient au contraire une large place.

C'est l'œuvre d'un chirurgien, mais d'un chirurgien dont le bon esprit ne demande à la chirurgie que ce qu'elle peut donner ; à la chirurgie dont la place déjà si vaste en gynécologie tend à s'agrandir chaque jour ; c'est une œuvre qui réserve à l'intervention chirurgicale, dans le traitement des affections de l'utérus, une part qu'aucun autre traité de gynécologie, jusqu'à ce jour, ne lui avait su faire ; c'est un des points de vue par lequel cet ouvrage impose une attention particulière ; c'est l'une des considérations, la principale peut-être, qui nous l'ont fait signaler en première page.



II. — Il y a quelques années, le Dr Spaack appelait l'attention du monde savant sur l'action hémostatique de l'eau chloroformée à 2 % dans les cas de plaies hémorrhagiques. Ce moyen nous a rendu plus particulièrement service dans l'opération de la fistule

vésico-vaginale. Il est certain qu'une injection faite dans le vagin avec cette solution chloroformée, arrête presque instantanément l'écoulement du sang fourni par la surface cruentée.

Nous avons eu aussi à nous louer de l'emploi de ce même hémostatique dans l'ablation d'une tumeur de la vulve. Nous serions étonnés que l'emploi de ce moyen ne se vulgarisât pas, car il peut être utile dans un très grand nombre d'opérations.

Depuis plusieurs années, le Dr Betz a eu l'occasion de faire usage des applications topiques de chloroforme, dans plusieurs cas d'hémorrhagies consécutives à l'accouchement, et voici la façon dont il raconte la chose, en indiquant la manière d'employer le chloroforme, en pareille occasion :

« Le 17 février 1881, j'eus l'occasion de délivrer une femme robuste, âgée de 33 ans, qui en était à son deuxième accouchement, pendant l'anesthésie chloroformique. Pendant quatre heures, il y avait eu d'énergiques contractions qui étaient restées sans influence sur la tête qui se présentait.

La tête se tenait profondément à l'issue du bassin, et une tumeur assez volumineuse s'était déjà développée sur le pariétal gauche. Dans les tractions avec le forceps, je vis que le cordon ombilical s'était enroulé deux fois autour du cou. Après la délivrance, je me trouvai en présence d'uue hémorrhagie formidable, de telle sorte que je n'osai retirer ma main que j'avais introduite dans l'utérus comme tampon et comme agent d'excitation de l'organe.

Il était flasque, les contractions qui avaient suivi l'introduction de ma main cessèrent rapidement. Outre la main, l'eau chaude ne produisait rien. C'est alors que j'eus l'idée de verser du chloroforme sur une éponge et de l'introduire dans l'abdomen. A l'introduction de l'éponge dans l'orifice utérin, la malade éprouva de violentes douleurs et l'utérus se contracta avec tant d'énergie que l'hémorrhagie s'arrêta. »

Le même auteur rapporte un second cas ou le chloroforme trouva une application utile.

Une jeune femme de 23 ans, chlorotique, dut être traitée de la

même manière lors de sa troisième grossesse. Elle ne pouvait pas dire avec précision à quelle époque elle en était ; elle croyait cependant que c'était vers le quatrième mois. Pendant huit jours, légères hémorrhagies avec douleurs ; le neuvième, hémorrhagie plus abondante avec contractions. Vagin dilaté ; l'orifice du col utérin peut donner passage à la pulpe du doigt ; utérus en antéflexion du volume du poing et causant de violentes douleurs pendant la mixtion. Pendant que ma main est introduite dans le vagin pour l'exploration, le fœtus est expulsé et à sa suite un gros caillot de sang noir. Injections froides, tampons de ouate et d'alun. Plus tard hémorrhagie abondante de sang clair. A mon arrivée elle était sans connaissance ; pouls insensible, refroidissement général. Le vagin présente toujours la même dilatation, l'utérus est ouvert, les contractions sont peu douloureuses. Chloroforme. Un petit tampon d'ouate est imbibé du mélange dont je me sers d'ordinaire pour l'anesthésie obstétricale (chloroforme avec un peu d'éther acétique et sulfurique). Il est introduit jusqu'à l'orifice utérin et comprimé avec le doigt pendant un certain temps sur cet orifice. Sensation de brûlure très violente dans l'abdomen et à l'entrée du vagin, qui se contracte bientôt comme l'utérus. L'hémorrhagie fut arrêtée de même que les douleurs et les contractions. »

Nous avons eu l'occasion, de notre côté, de faire usage de ce moyen, mais dans des circonstances toutes différentes.

Appelé auprès d'une malade atteinte d'épithélioma du canal cervical, qui perdait du sang en abondance depuis 48 heures et chez aquelle on avait employé des injections de perchlorure de fer et le tamponnement, sans résultat, après avoir nettoyé le vagin par une injection d'eau chaude, nous portâmes dans l'orifice cervical un tampon d'ouate hydrophile imbibé de chloroforme pur. La malade se plaignit aussitôt d'une sensation de chaleur très intense dans la profondeur du vagin ; malgré cela, le tampon fut laissé en place. Quelques minutes plus tard la sensation douloureuse était passée et l'hémorrhagie ne se reproduisit plus.

Dans une autre circonstance, le cathétérisme du canal cervical

avait amené une hémorrhagie qui se reproduisait depuis plusieurs jours, chaque fois qu'on enlevait le tamponnement. Le bec de la sonde avait buté contre un corps mollasse qui était probablement un polype folliculaire. Nous proposâmes d'introduire dans le canal cervical, un petit cylindre d'ouate bien tassée, imbibé de chloroforme. L'hémorrhagie s'arrêta et ne reparut plus.

Le chloroforme agit évidemment dans cette circonstance par son action topique très excitante sur la tunique des vaisseaux, directement ou par l'intermédiaire des vaso-moteurs. C'est un moyen précieux qui rappelle le citron écorcé ou l'éponge imbibée de vinaigre. Seulement le chloroforme est d'un emploi beaucoup plus commode et d'une action incomparablement plus énergique.

J. C.

CLINIQUE DE L'HOPITAL BEAUJON

M. Léon LABBÉ.

HYPERTROPHIE TOTALE DE L'UTÉRUS ET MÉTRORRHAGIES. — OVARIALGIE BI-LATERALE IRRÉMÉDIABLE. — OOPHORECTOMIE (OPÉRATION DE BATTEY) DANS LES DEUX CAS.

Messieurs,

Nous avons à faire aujourd'hui, deux fois, une opération très intéressante : cette opération relativement nouvelle, c'est l'oophorectomie dite opération de Battey.

Vous devez comprendre qu'avant que le chirurgien intervienne pour pratiquer l'ablation des ovaires, il faut qu'il puisse faire valoir les raisons les plus sérieuses pour s'arroger le droit de priver une femme des organes essentiels de la reproduction.

Avant de pratiquer chacune de ces opérations, je vais vous faire l'histoire de nos deux malades et vous mettre à même de juger de l'opportunité de notre intervention.

La première est une femme de trente ans, qui a eu deux enfants et une fausse-couche, celle-ci il y a huit ans. A partir de cette

époque, ses règles devinrent plus abondantes, et depuis deux ans, elles durent si longtemps que la malade s'en trouve très épuisée ; une époque en arrive à se confondre presque avec la suivante. Cette situation lui a donné de l'inquiétude, depuis deux ans 1/2 surtout, époque à laquelle elle a senti, au-dessus des pubis, une grosseur qui atteint aujourd'hui le volume d'une tête d'enfant et s'élève jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur mesure dix-sept centimètres dans chacun de ses diamètres ; elle est globuleuse, lisse et mobile. Le toucher bi-manuel nous a fait reconnaître la mobilité très grande de cette masse, qui fait intimement corps avec le col de l'utérus et se meut avec lui. Le cathétérisme donne treize centimètres de profondeur en ligne directe : nous avons bien évidemment affaire à une hypertrophie totale de l'utérus.

Nous ne sommes pas en droit de compter sur les ressources de la médecine en pareil cas. Il faut couper court à ces hémorrhagies ; la malade a besoin de travailler. Un jour ou l'autre nous pouvons craindre de voir survenir une de ces formes d'anémie grave que l'on observe trop fréquemment, à la suite des hémorrhagies persistantes de l'appareil utéro-ovarien, en relation avec une lésion de ces organes.

L'oophorectomie s'impose donc, dans cette circonstance, la malade l'accepte et nous presse d'en finir pour être débarrassée de son état maladif.

J'ajoute, Messieurs, que l'ablation des deux ovaires, en détournant de l'appareil utéro-ovarien, l'afflux sanguin mensuel qui a pris une forme morbide et une abondance dangereuse, permettra, dans une certaine mesure, la regression de cet utérus énorme, hypertrophié, comme on l'observe pour les fibrômes et l'utérus lui-même après la ménopause.

Mus par ces considérations, nous apprécions que nous avons non seulement le droit, mais encore le devoir d'agir comme nous allons le faire, c'est-à-dire, dans un but thérapeutique qui s'impose, de priver cette malade des organes de la reproduction.

Vous savez, Messieurs, que cette opération, en elle-même relativement simple et peu dangereuse, a vu dans ces derniers

temps modifier son procédé opératoire. Ce ne sont plus les petites incisions transversales, faites à la hauteur de chaque ovaire, mais bien l'incision médiane sur la ligne blanche, comme pour l'ovariotomie. Ce dernier procédé a l'avantage sur le précédent de ne faire qu'une seule opération et de permettre, par la longueur de l'incision médiane, de retrouver facilement les ovaires et de faire leur ligature.

Nous constatons que c'est bien une hypertrophie totale de l'utérus à laquelle nous avons affaire. Les ovaires, les trompes et les plexus pampiniformes sont gorgés de sang, ce qui produit, au moment de la ligature de l'ovaire droit, une hémorrhagie en nappe assez abondante, que nous réprimons par le pincement, et l'opération, qui s'achève sans aucun incident, nous a demandé quarante minutes.



Passons maintenant à notre deuxième malade. Celle-ci a 22 ans ; elle a eu deux enfants vivants et bien portants. Ici, nous ne sommes pas en présence d'hémorrhagies : notre malade est bien réglée ; mais, depuis deux ans, elle souffre de douleurs atroces dans la région des deux ovaires et plus particulièrement dans la région de l'ovaire droit.

Elle peut à peine se tenir droite ; la douleur est de tous les instants. Il lui est absolument impossible de se livrer à aucun travail et cependant le travail est pour elle une condition d'existence.

Inutile de vous dire, Messieurs, qu'on a employé tous les traitements applicables en pareil cas.

La malade demande instamment qu'on la délivre de ses douleurs, par n'importe quel moyen, et accepte l'oophorectomie double, avec confiance, dans l'espoir d'une guérison radicale.

Par le même procédé que précédemment, c'est-à-dire par la grande incision médiane de l'ovariotomie, nous atteignons rapidement les deux ovaires, qui, pas plus que dans la cas précédent, ne présentent d'altérations constatables à l'œil nu. Nous trouvons seulement, appendu à l'une des franges du pavillon de la trompe, un petit kyste de la grosseur d'un noyau de cerise.

Cette opération, comme vous le voyez est menée plus rapidement que la précédente, c'est à peine s'il nous a fallu trente minutes pour la terminer. Il y a tout lieu de croire que nous aurons un bon résultat dans les deux cas ; au point de vue de l'arrêt des hémorrhagies et de la régression partielle de l'utérus en hypertrophie totale, dans le premier cas, et au point de vue de la disparition de la double névralgie ovarienne dans le second.

Je vous tiendrai au courant du résultat final.



Ce n'est pas seulement dans les cas d'hémorrhagies et de névralgies ovariennes rebelles que l'oophorectomie s'imposera ; certaines formes graves d'hystérie viscérale, dans lesquelles l'ovaire joue un rôle indéniable, nécessitent parfois l'ablation de cet organe.

Les formes d'anémie profonde qu'on peut dire irrémédiables, alors qu'elles sont consécutives à l'évolution lente d'un ou de plusieurs fibrômes, qui n'ont cependant déterminé que de faibles hémorrhagies, mais ont épuisé le ressort nerveux, sont aussi justiciables de l'opération de Battey.

Je considère, Messieurs, que lorsqu'une malade est atteinte, de par l'ovaire, d'une affection qui empoisonne son existence en la privant de la santé, le chirurgien est en droit, après avoir exposé à la malade les avantages et les conséquences de l'opération, de pratiquer celle-ci, lorqu'il croit pouvoir compter sur un résultat sérieux.

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE.

Service de M. le Dr CHÉRON

DE LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE DU THUYA OCCIDENTALIS DANS LE TRAITEMENT DU CANCER ÉPITHÉLIAL DE L'UTÉRUS (ÉPITHÉLIOMA).

Une observation de guérison à l'aide de ce médicament ; — disparition des douleurs et de l'écoulement modifié en nature et en quantité ; — dispa-



rition de la teinte cachectique ; — 2 guérisons ; — 24 améliorations très notables ; — 4 améliorations médiocres dans des cas très avancés.
Substances de composition analogue qui ont été employées avec plus ou moins de succès dans le cancer ; — Résumé de l'histoire thérapeutique du thuya occidentalis.

Messieurs,

Depuis trois ans bientôt, vous m'avez vu faire usage du thuya occidental, dans le traitement de l'épithélioma du col de l'utérus, et quelques résultats remarquables, dans le nombre, sont venus frapper votre attention.

Aujourd'hui je vous présente, pour la cinquantième fois au moins, cette malade que M. le docteur Depoux, de Levallois, nous avait fait l'honneur de nous adresser.

Notre confrère comptait sur une intervention chirurgicale de notre part ; mais, après examen, ayant reconnu que les culs-de-sac se trouvaient déjà envahis, le grattage seul pouvant être mis en œuvre, nous avions renoncé à toute opération en présence de l'état général déplorable de la malade, de son teint cachectique, du trouble des fonctions et de ses nombreuses crises de douleur.

Je vous proposai, Messieurs, de nous en tenir au traitement médical et d'employer, pour ce faire, le thuya occidental dont je faisais usage depuis quelque temps, en pareil cas, avec un résultat encourageant. Mais, au lieu de donner 10 à 20 gouttes de teinture deux fois par jour, je vous proposai de porter progressivement la dose jusqu'à 15 à 25 grammes par jour en employant une teinture à 100 pour 100, ce qui représente le titre d'une alcoolature.

Nous avons eu la main heureuse pour la première fois où nous avons fait usage de notre nouvelle formule d'emploi. Voici cette malade que nous avons vue renaître sous l'influence de ce traitement. Laissez-moi vous rappeler son observation en quelques mots. Elle a 48 ans, elle a eu 4 enfants. Lorsqu'elle vint nous consulter, pour la première fois, il y a six mois, elle ne savait plus si elle était encore réglée ou non, le sang faisant des apparitions incessantes de deux ou trois jours et disparaissant ensuite pour un temps à peu près égal.

Jusqu'à ces derniers temps, six mois à peu près avant de venir

nous consulter, elle avait joui d'une excellente santé ; mais l'écoulement et les crises de douleurs s'irradiant du bassin vers la région lombo-sacrée, la privation de sommeil amenèrent progressivement la perte des forces, la teinte jaune paille et les troubles de nutrition constatés à cette époque.

Au toucher vaginal, on trouvait une masse mamelonnée, élastique, du volume d'une petite orange qui permettait à peine l'exploration du col et des culs-de-sac. Ces derniers, envahis par la base de la tumeur, se continuaient avec le col, sans sillon de démarcation. L'odeur était infecte, *sui generis*, un écoulement abondant inondait sans cesse la malade, le toucher ne pouvait être pratiqué sans amener du sang.

C'est dans ces conditions que le traitement fut commencé. Je vous rappelle la prescription :

« 1° Prendre, avant chaque repas, dans un peu d'eau, dix à cent gouttes de teinture de thuya occidentalis, à cent pour cent.

« 2° Une cuillerée à bouche de cette même teinture dans un litre d'eau chaude pour injections prolongées, deux fois par jour. »

Dès la fin de la première huitaine de l'administration du médicament, la malade vint nous annoncer la disparition des crises de névralgie et quinze jours plus tard, l'écoulement avait perdu son odeur repoussante. En même temps revenaient le sommeil, l'appétit et les forces. C'était, en moins de deux mois, une véritable transformation.

Toutes les fois que la malade revenait à la clinique, nous constations une nouvelle amélioration de la santé générale et de l'état local. On pratiquait le toucher sans faire saigner la masse épithéliomateuse qui était devenue lisse et s'était beaucoup amoindrie. On pouvait la suivre jusqu'à son point d'implantation sur la muqueuse du canal cervical renversée en ectropion. Les culs-de-sac devenaient lisses et libres.

La situation était améliorée, de la sorte, au mois d'avril, après cinq mois de traitement. La teinte jaune paille avait fait place à la coloration normale du visage, les couleurs étaient revenues ainsi que l'embonpoint. L'écoulement devenu séreux était réduit

à une quantité minime qui obligeait cependant encore la malade à se garnir; à cette époque il nous parut rationnel de faire dans la masse cancéreuse avec de la teinture de thuya, des injections interstitielles, comme cela a souvent été tenté à l'aide d'autres substances. Tous les huit jours, à partir de ce moment, une injection fut pratiquée dans la tumeur cancéreuse, en votre présence, à l'aide d'une aiguille Pravaz adaptée à une longue tige portée sur la seringue de Brown. Quatre grammes de teinture furent introduits, chaque fois, en 5 à 6 points différents.

Sous l'influence de ces injections interstitielles, la masse déjà réduite de volume entrait en régression, nous laissant voir, au jour le jour, la diminution rapide de la masse et au mois d'août, c'est-à-dire après neuf mois de traitement, toute trace de l'affection cancéreuse avait disparu laissant un col normal, lisse et rosé, tel, en un mot, que vous le voyez aujourd'hui ; la malade ayant le plus bel aspect de santé, et ayant repris ses occupations et le train ordinaire de son existence sans fatigue et sans encombre.

Ce résultat est si beau, si remarquable, si inattendu que je veux vous laisser sous cette impression, remettant à un autre jour de faire passer sous vos yeux les autres cas d'épithélioma du col utérin qui ont été plus ou moins heureusement modifiés par ce mode de traitement.

Nous n'avons pas eu le même succès dans toutes les circonstances identiques à celle que je viens de vous rappeler, c'eût été trop beau ! Mais nous avons toujours eu une modification favorable. Jusqu'à ce jour, nous n'avons que deux cas de guérison complète, authentique, *coram populo*, et un très grand nombre d'améliorations où, chaque fois, par la disparition de la douleur et de l'odeur infecte de l'écoulement, nous avons pu donner à nos malades l'illusion de la guérison en atténuant leur misère et en prolongeant leur existence.

Le nombre des cas traités, à ce jour, dans cette clinique, par le thuya occidentalis, est de trente. Nous avons eu deux guérisons complètes, 24 améliorations notables et 4 médiocres, dont je mettrai sous vos yeux, dans quelque temps, le tableau détaillé.

Il faut tenir compte des circonstances déplorables dans lesquelles la plupart des malades nous arrivent, et cependant aucune d'elles n'a été rebelle à l'action de ce médicament, toutes ont vu leur état maladif modifié en quelque mesure.

Il faut tenir compte, aussi, des conditions matérielles d'existence dans lesquelles se trouvent ces malades de clinique, obligées de travailler pour subvenir à leurs besoins, et nous savons combien est nuisible la fatigue dans l'évolution du carcinôme, quelle qu'en soit la forme, quel qu'en soit le siège.

Nous aurions, sans doute, de meilleures chances, au point de vue d'un résultat complet si nous pouvions traiter des cas plus rapprochés du début de la maladie et si nos malades, dans de meilleures conditions matérielles, pouvaient suivre rigoureusement l'hygiène alimentaire prescrite par Benecke, dont je vous ai plusieurs fois entretenu.

Ce n'est pas la première fois que des plantes renfermant des substances résineuses, comme le thuya, sont employées avec quelques succès au traitement du cancer. C'est ainsi qu'on a fait usage du condurango (*gonolobus condurango asclépiadées*), du guaco (*mikania guaco*, *eupatoriées*), de la térébenthine de Chio, fournie par une térébenthinée, (*pistacia terebenthius*).

Il est à remarquer que toutes ces substances contiennent une térébenthine et un glucoside. Les succès obtenus à l'aide de chacun de ces médicaments sont dignes de frapper l'attention lorsqu'on considère que ces divers essais ont été faits en Amérique et en Europe par des observateurs dignes de foi, et que la nature des substances employées par les premiers ne semble pas avoir guidé le choix des autres, puisque les analyses du condurango et du guaco ont été faites consécutivement à leur application thérapeutique.

Je ne m'étendrai pas plus longuement, aujourd'hui, sur cette question à laquelle je compte revenir incessamment, tant au point de vue du thuya dont nous analyserons ensemble la composition chimique et le mode d'action physiologique, qu'au point

de vue du carcinôme de l'utérus dont nous ferons une étude analytique.

Je vous rappellerai seulement que, d'après les nombreuses observations que nous avons prises ensemble, l'action du thuya est d'autant plus rapide et plus profonde que le cancer utérin est plus mou, que sa trame est moins résistante, en un mot qu'il se rapproche davantage du cancer purement épithélial, de l'épithélioma mollasse et friable. C'était le cas de la malade que nous examinions ensemble tout à l'heure en constatant la guérison radicale.

Je viens de vous parler de la remarquable action du thuya occidentalis sur le cancer épithélial de l'utérus sans vous dire l'histoire thérapeutique de cette plante et comment j'en suis venu à l'appliquer au traitement du cancer utérin. Je vais, en terminant, réparer cette omission et résumer, en termes concis, le mode d'action thérapeutique du thuya occidentalis dans la question qui nous occupe.



Le Thuya occidentalis est un arbre vert, originaire du Canada, acclimaté en Europe.

La teinture faite avec les feuilles et les rameaux est officinale à l'étranger seulement. Les traités de thérapeutique restent, pour la plupart, muets à son endroit ou le considèrent comme superflu.

Lorsque Bonastre, en 1825, en eut retiré l'huile essentielle, qui fut employée comme anthelmintique, l'attention se porta, un instant, sur ce médicament dont on faisait usage depuis longtemps à tort et à travers, comme de la plupart des substances végétales de l'ancienne thérapeutique, à titre de sudorifique, d'antirhumatique, d'antisyphilitique, d'expectorant, d'antigoutteux et de diurétique.

Cependant, tous les observateurs de cette époque s'entendent à reconnaître son action topique remarquable sur les végétations qu'ils dénomment le plus souvent condylômes.

Depuis plus de dix ans, la teinture de thuya occidentalis a été employée, avec succès, dans notre service de Saint-Lazare, pour réprimer les végétations, les syphilides papulo-hypertrophiques et faire cicatriser rapidement les chancres mous.

En 1877, l'analogie de texture histologique qui existe entre le papillôme et l'épithélioma du col utérin que les histologistes réunissent sous une dénomination générique commune, nous conduisit à tenter l'emploi de la teinture de thuya, dans le traitement de cette affection, en pansements et en injections. Nous reconnûmes, dans ce cas, l'excellente action topique de ce médicament modificateur de l'écoulement, de l'odeur et de la prolifération épithéliale.

Peu de temps après, ayant eu connaissance des bons résultats que quelques auteurs avaient signalés de l'emploi à l'intérieur de la teinture de thuya occidentalis, dans le traitement des végétations, nous nous empressâmes de l'employer à l'intérieur dans le traitement de l'épithélioma.

Dans un grand nombre de cas, nous obtînmes un résultat encourageant de l'emploi de 10 à 40 gouttes de teinture à l'intérieur, mais rien d'aussi saisissant que ce que nous avons obtenu, du jour où nous fîmes usage d'une teinture à cent pour cent, et où nous découvrîmes la formule d'emploi, c'est-à-dire, l'élévation progressive de la dose jusqu'à deux cents, trois cents, voir même cinq cents gouttes par jour.

Sous l'influence de ce traitement qui a été suivi et noté à notre clinique de gynécologie, en présence de nombreux assistants qui ne pourront que corroborer notre dire, voici les résultats obtenus :

1° Dans les dix à quinze premiers jours, disparition des crises de névralgie.

2° Presqu'aussitôt disparition de l'odeur et de l'écoulement.

3° Modification de l'écoulement qui cesse d'être puriforme pour devenir blanchâtre, séreux et moins abondant.

4° La masse végétante diminue de volume, les culs-de-sac se dégagent plus ou moins.

5° Les surfaces ulcérées tendent à se réparer en totalité ou en partie.

6° L'appétit renait, les forces reprennent, et l'embonpoint reparait.

7° La richesse globulaire remonte promptement à la normale et l'urée qui s'était abaissée à 6, 4 et même 2 grammes par litre, dans quelques cas, remonte à 20, 22 et même 28 grammes par litre.

8° La teinte cachectique disparait et les malades entrent dans une périodede quiétude, bien remarquable dans une aussi redoutable affection.

9° Dans un certain nombre de cas, l'ablation du champignon épithélial est devenue facile et, par cela même, indiquée, alors que la chirurgie n'eût pas songé à la tenter avant le traitement.

En somme, le thuya occidentalis et le thuya excelsa (tous les deux jouissent des mêmes propriétés), employés en teinture dans le traitement du cancer épithélial du col de l'utérus, représentent un modificateur tellement puissant et d'une action tellement rapide qu'il y a lieu d'appeler sur ce médicament l'attention du corps médical.

Il est à croire (quelques observations le prouvent) que l'épithélioma développé dans d'autres organes, peut être modifié de la même façon.

Dans le carcinôme et le sarcôme, il y a modification de l'état général et de la douleur, mais l'affection ne subit pas la régression qu'on observe dans l'épithélioma.

DE LA PHLEGMASIE PÉRI-UTÉRINE BÉNIGNE

Par le Dr Barancy, ancien interne à Saint-Lazare.

—

Attaché pendant deux ans en qualité d'interne à la maison de Saint-Lazare, où nous nous trouvions chaque jour en présence d'affections les plus variées, nous avions observé que chez certaines jeunes femmes, en dehors de la puerpéralité et de tout trau-

matisme, on trouvait dans les culs-de-sac vaginaux des tuméfactions de volume variable sans manifestations douloureuses bien accusées, sans mouvement fébrile, en un mot, sans retentissement sur l'organisme.

Après une durée variable, ces petites tumeurs disparaissaient sans laisser de trace et après un traitement anodin, pour ne pas dire nul.

Pourquoi, dans les grands services hospitaliers, ne rencontre-t-on pas souvent cette affection d'allure bénigne? Parce que, déterminant peu de douleur, elle ne force pas les malades à demander l'intervention médicale. Cependant, dans les hôpitaux, on peut la rencontrer pendant la durée de maladies intercurrentes.

M. le Dr de Sinéty, médecin à Saint-Lazare, qui avait fait, bien avant nous et après d'autres auteurs, les mêmes remarques, nous engagea à poursuivre cette étude en amassant de nouveaux matériaux.

N'ayant pas malheureusement de nécropsie à notre actif, à cause de la bénignité de l'affection, nous n'insisterons pas outre mesure sur le côté anatomo-pathologique de cette phlegmasie; nous nous bornerons surtout à décrire un fait clinique dans la mesure de nos moyens.



Les auteurs ont décrit, sous le nom d'inflammations utérines, des affections variables par leur intensité, par leur siège et par leurs symptômes cliniques.

Grisolle, le premier, colligea les observations éparses dans les annales de la science, et fit rentrer ces affections dans le cadre des abcès de la fosse iliaque (1).

M. Bourdon, élève de Récamier dans son étude sur les tumeurs fluctuantes du bassin, démontra que les tuméfactions péri-utérines n'adhèrent pas à l'utérus (2).

(1) Grisolle. Archives générales de Médecine, 1859, et Pathologie Int., t. 1.

(2) Bourdon, Revue médicale, 1841.

M. Nonat, étudiant le phlegmon péri-utérin, aboutit à cette conclusion : « Les tumeurs péri-utérines consistent toujours en une inflammation de l'atmosphère celluleuse sous-péritonéale qui enveloppe cet organe (1). »

M. Bernutz, ayant remarqué la fréquence de la péritonite pelvienne dans ces affections, les engloba sous la dénomination de pelvi-péritonite (2).

Aran, dont l'autorité en la matière est incontestable, désigna sous le nom d'inflammations péri-utérines, des phlegmons péri-utérins dus à l'accouchement ou à l'avortement, ou bien encore, déterminés par des lésions de l'ovaire ou de la trompe. M. Bernutz voyait de la pelvi-péritonite partout. Aran montra que cette théorie était trop absolue (3).

M. Gallard, à l'instigation de son maître, Valleix, qui venait de publier ses études sur « l'Inflammation du tissu cellulaire péri-utérin et en particulier du phlegmon rétro-utérin », se range franchement, dans sa thèse inaugurale, à l'opinion de Nonat (4).

M. Guéneau de Mussy avait remarqué la fréquence, à gauche, des phlegmons, consécutifs aux déchirures du col de ce côté dans la position occipito-iliaque gauche antérieure, et pour les expliquer, il fit entrer en ligne l'inflammation des lymphatiques (5).

Donc en synthétisant, nous nous trouvons en présence de deux principales théories :

1° Phlegmon péri-utérin de M. Nonat ;

2° Pelvi-péritonite de M. Bernutz.

Le monde médical s'était divisé en deux écoles. Chaque théorie avait d'ardents défenseurs ; l'explication par les vaisseaux lymphatiques sembla concilier les deux théories. Les remarquables

(1). Nonat. Gazette des Hôpitaux, 1850.

(2). Bernutz et Goupil. Maladies des femmes, 1860.

(3). Aran. Maladies de l'utérus, 1856.

(4). Gallard. Du phlegmon péri-utérin ou de l'inflammation du tissu cellulaire qui environne la matrice et de son traitement. Thèse de Paris, 1855.

(5). Guéneau de Mussy. Archives générales de Médecine.

travaux de M. Lucas-Championnière (1), Siredey (2), Guérin (3). Martineau (4), amenèrent ce résultat. L'inflammation des vaisseaux et des ganglions lymphatiques joue, en effet, un grand rôle dans la pathogénie des affections circumutérines ; mais le clinicien a-t-il toujours à lutter contre une affection des lymphatiques de ces vaisseaux qui tiennent une si grande place dans la structure anatomique de l'utérus ? « L'inflammation, dit M. de Sinéty (5), n'envahit pas toujours les lymphatiques ou les ganglions ; elle peut se localiser dans le tissu conjonctif. Le processus inflammatoire limité, soit au tissu cellulaire circumutérin, soit aux ligaments larges, soit à la cavité péritonéale, donnera lieu, suivant le cas, à un ensemble de phénomènes morbides essentiellement différents, et présentant des indications thérapeutiques également différentes. Enfin, ces trois variétés sont fréquemment associées entre elles. »

M. J. Lucas-Championnière a démontré que les lésions du col retentissent plutôt sur les ligaments larges et le tissu cellulaire péri-utérin, et celles du corps, sur le péritoine (6).

En Angleterre et en Allemagne, on a adopté les dénominations proposées par Mathews Duncan (7). La périmétrie de cet auteur (inflammation du péritoine) correspond à notre pelvi-péritonite ; sa paramétrite (inflammation du tissu cellulaire environnant l'utérus), à notre phlegmon du ligament large ou inflammation péri-utérine.

(1) J. Lucas-Championnière. Lymphangite utérine. Thèse de doctorat, 1870.

(2) Siredey. Maladies puerpérales, 1884.

(3) Guérin (Alph.). Leçons cliniques sur les Maladies des organes génitaux internes de la femme, 1878.

(4) Martineau. Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes, 1879.

(5) Traité pratique de gynécologie, 1884, page 786.

(6) J. Lucas-Championnière. Arch. Tocologie, 1885.

(7) Mathews Duncan. A practical treatise on perimetritis an parametritis (1869).

L'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin proprement dit, avec son cortège de phénomènes morbides, fera l'objet de ce travail.



QUELQUES DÉTAILS RELATIFS AU TISSU CONJONCTIF PÉRI-UTÉRIN ET AUX LYMPHATIQUES DE L'APPAREIL UTÉRO-OVARIEN, S'IMPOSENT AVANT D'ABORDER LA QUESTION.

La face antérieure de l'utérus est en rapport avec la face postérieure de la vessie, par l'intermédiaire du péritoine. Cette séreuse ne recouvre pas en totalité la face antérieure. Arrivée à l'union du col et du corps, elle remonte vers la vessie en formant un cul-de-sac qui porte le nom de vésico-utérin. Il est transversal et ne dépasse pas l'isthme. Un intervalle d'environ 3 centimètres sépare le vagin de ce cul-de-sac, chez l'adulte. *Cet intervalle porte le nom d'espace conjonctif sous-péritonéal antérieur* ; *il contient du tissu conjonctif lâche*, *très peu riche en graisse.*

La face postérieure de l'utérus est en rapport avec le rectum dont il est séparé au niveau de l'isthme *par une masse assez volumineuse de tissu conjonctif* située entre les replis semi-lunaires de Douglas et par le péritoine. Celui-ci recouvre non seulement la face postérieure de l'utérus et le col, mais encore s'adosse à la paroi postérieure du vagin dans une étendue de 10 à 15 millimètres ; de là, le péritoine se réfléchit sur le rectum et, formant un cul-de-sac qui porte le nom de recto-utérin, ce cul-de-sac est beaucoup plus profond que le cul-de-sac vésico-utérin.

Le bord supérieur de l'utérus adhère d'une façon intime avec le péritoine et se trouve en rapport avec les circonvolutions de l'intestin grêle qui flottent à sa surface.

Les bords latéraux sont en rapport avec les ligaments larges, les artères utérines et des vaisseaux lymphatiques. Ces bords sont recouverts par le péritoine qui y vient former les culs-de-sac latéraux. *Au-dessous de ces culs-de-sac on trouve un espace sous-péritonéal comblé par du tissu conjonctif lâche.* Cet espace est limité en haut par le péritoine, en bas par le muscle releveur de

l'anus. Au-dessous du releveur de l'anus, on trouve un deuxième espace conjonctif, et enfin on arrive à la peau.

En examinant la surface de l'utérus, on voit qu'à partir de l'isthme, il y a tout autour de cet organe *une couche de tissu cellulaire lâche, très vasculaire, qui peut devenir le siège de lésions inflammatoires.*

Chez la femme adulte et en dehors de tout état pathologique, le cul-de-sac antérieur mesure 6 centimètres à partir de l'orifice vulvaire, tandis que le postérieur présente 8 centimètres de profondeur. Ce dernier est plus profond à droite qu'à gauche de près d'un pouce, d'où la plus grande fréquence des tumeurs rétro-utérines de ce côté (1).



Les lymphatiques utérins, si bien (2) décrits dans la thèse de M. J. Lucas-Championnière, se distinguent par leur nombre et par leur volume. Cruiksanck, Mascagni, Cruveilhier, Sappey, ont été frappés de la richesse de l'utérus, en vaisseaux lymphatiques, pendant la période de grossesse. Ghérard Léopold en a fait une savante étude.

Ces vaisseaux se rendent aux ganglions pelviens, aux ganglions hypogastriques et sacrés, aux ganglions lombaires, au ganglion obturateur (Cruveilhier) et aux ganglions de l'aine (Mascagni).

Les lymphatiques naissent à la fois du tissu musculaire et de la couche muqueuse de l'utérus.

Ceux du col se réunissent en vaisseaux plus ou moins volumineux à l'union du corps et du col ; ils émergent dans le tissu cellulaire latéral, suivent la direction des vaisseaux sanguins et là se rendent dans de petits ganglions (voir J. Lucas-Championnière) ; les plus volumineux abordent la face postérieure sous-péritonéale du ligament large, s'accolant aux vaisseaux utéro-ovariens, où ils se jettent dans des ganglions. Ces lymphatiques forment, dans leur ensemble, un plexus que l'on rencontre à la par-

(1) Barnes. A clinical study of retro-uterine tumeurs. 1877.

(2) Just. Lucas-Championnière. Loco citato.

tie supérieure des culs-de-sacs latéraux du vagin. A ce niveau, se développent des inflammations, des douleurs, des tuméfactions.

Les lymphatiques du corps sont superficiels ou profonds. Partis des parois utérines, ils se dirigent vers la surface externe de l'utérus et de là vers les angles de cet organe. Dans ce parcours, ils sont sous-péritonéaux ou séparés du péritoine par une faible couche de tissu musculaire. Aux angles de l'utérus, ces vaisseaux sont superficiels ; ils vont se perdre dans le ligament rond, et surtout au-dessous de la trompe et de l'ovaire.

M. Fioupe, dans sa thèse inaugurale (1), n'aboutit pas aux mêmes conclusions. D'après ses recherches, « le système lymphatique ne serait pas représenté dans la muqueuse utérine par des vaisseaux cylindriques, mais bien par des lacunes ou vides lymphatiques ».

Ces vaisseaux sont minces, transparents, pourvus de valvules, et présentent un aspect bosselé ; leur paroi est lisse et blanchâtre.

Les nerfs, qui se rendent à l'utérus, émanent, les uns du plexus rénal, les autres du plexus hypogastrique. Ce n'est qu'après avoir formé un plexus qu'ils abordent l'utérus. Ces nerfs sont formés en général de tubes minces, de tubes quelquefois plus larges (Kölliker), et vont se rendre, pour la plupart, au corps de l'utérus, le col étant dépourvu de sensibilité, pour la majeure partie des auteurs.



ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Par « Phlegmasies péri-utérines », nous désignerons les cas où le processus inflammatoire est limité au tissu cellulaire qui enveloppe l'utérus. Dans le chapitre Anatomie, nous avons décrit la disposition de ce tissu, ce qui nous permettra de comprendre facilement pourquoi les lésions inflammatoires siègent tantôt en avant, tantôt en arrière, ou bien sur les bords latéraux de la matrice. Il n'en est pas de même au point de vue anatomo-patholo-

(1) Fioupe. Lymphatiques utérines. Thèse de doctorat, 1816.

gique. La phlegmasie péri-utérine bénigne est une affection peu connue ; ses lésions sont peu graves, ses complications nulles ; de là, rareté des autopsies. Malgré nos recherches, il nous a été impossible d'en trouver une description dans les auteurs ; dans nos autopsies, nous n'avons pas été plus heureux.

On trouve dans la science des nécropsies d'affections péri-utérines graves. Dans ces observations les malades ont succombé, en général, à de vastes phlegmons péri-utérins isolés, ou bien compliqués de lésions péritonéales ; dans ces cas graves, le tissu cellulaire aussi bien que le système lymphatique étaient malades. Mais notre affection est loin d'être analogue à celles-ci. C'est donc malgré nous, et quoi que nous puissions dire, qu'il nous faudra avoir recours à une hypothèse pour expliquer un fait clinique bien réel, bien déterminé, pour exposer l'anatomie pathologique de la variété la plus bénigne des affections qui se développent au voisinage de l'utérus.

« Dans ces derniers temps, on a voulu, dit M. de Sinéty, trop généraliser un fait, exact dans bien des cas, mais non dans tous, les lésions des ganglions lymphatiques.

La clinique nous permet de constater, chez certaines malades, des masses volumineuses situées auprès de l'utérus, qui disparaissent dans l'espace de peu de jours. Or un ganglion lympathique, sous l'influence d'un processus phlegmasique, quelque actif qu'on le suppose, n'atteint pas des dimensions aussi considérables que celles que nous avons souvent observées, et ne diminue pas aussi vite. Nous comparerions volontiers ce qui se passe ici à ce que l'on rencontre journellement dans d'autres régions, riches en tissu conjonctif lâche. C'est ainsi, par exemple, qu'une fluxion, consécutive à une carie dentaire, amène une tuméfaction volumineuse de la joue, dont on ne trouve souvent plus de traces au bout de quarante-huit heures. Dans ces conditions, les ganglions du voisinage subissent fréquemment l'influence de l'état phlegmasique, mais leur rôle n'est que secondaire, le gonflement étant principalement dû à une sorte d'œdème inflammatoire du tissu conjonctif. »

MM. Cornil et Ranvier (1) ont injecté dans le tissu conjonctif du vermillon broyé, en suspension dans l'eau, et du bleu d'aniline précipité par l'eau de sa solution alcoolique. « Si l'on injecte, disent ces deux auteurs, dans le tissu conjonctif un centimètre cube d'eau tenant en suspension ces granulations, on ne trouve plus de granulations libres entre les faisceaux du tissu conjectif cinq ou six jours après l'opération. Toutes les granulations sont contenues soit dans des cellules lymphatiques, soit dans des cellules du tissu conjonctif tuméfiées et plus nombreuses qu'à l'état normal. Les ganglions lymphatiques, auxquels se rendent les vaisseaux de la région, contiennent une quantité variable de ces granulations colorées.

Les couleurs variées de l'ecchymose observées à l'œil nu tiennent à ce que l'hémoglobine, soluble d'abord, se transforme successivement en granulations colorées, connues sous le nom d'hématine et d'hématoïdine. Ces granulations se comportent, relativement aux éléments vivants qui les entourent, comme les matières colorantes finement pulvérisées qu'on aurait injectées dans le tissu conjonctif. Elles déterminent une irritation et l'apparition d'un grand nombre de globules blancs qui se chargent du transport des granulations solides. Tel est le mode de résorption des ecchymoses.

L'irritation produite par les granulations colorées qui proviennent du sang est plus ou moins intense ; tantôt elle passe inaperçue (ne suppure pas), tantôt elle est franchement suppurative et donne lieu à un abcès qui succède à l'épanchement sanguin.

Cette expérience vient à l'appui du sujet que nous exposons ; le tissu cellulaire péri-utérin peut s'enflammer, mais ne pas aboutir fatalement à la suppuration. Du reste, nous savons en pathologie générale que l'inflammation peut se terminer par résolution, par induration ou par suppuration.

Aran (2), dont le livre a fait autorité pendant trente ans, a décrit après M. Gosselin « de petites tumeurs, arrondies, solitaires,

(1) Cornil et Ranvier. Manuel d'histologie pathologique, 1884, page 486.

(2) Aran. Traité de l'utérus, loco citato.

ou bien au nombre de deux ou trois, très faciles à circonscrire, présentant le volume d'un gros pois, d'une bille ou d'une cerise, et semblant adhérer dans certains cas à quelques points de la face postérieure ou latérale de l'utérus, ou d'autres fois parfaitement détachées de l'organe et situées dans l'épaisseur du ligament large », et il ajoute : ne serait-ce point un névrôme ou bien le résultat de la fonte des tumeurs péri-utérines ? Du reste, pour Aran, ces tumeurs résultent de l'inflammation, soit de l'utérus, soit de ses annexes et sont presque toujours consécutives à la grossesse ou à l'avortement. Or, nous savons que l'on observe fort bien la phlegmasie péri-utérine bénigne en dehors de la puerpéralité.



Les auteurs ont décrit et confondu la phlegmasie péri-utérine bénigne avec le phlegmon du ligament large et avec la pelvi-péritonite ; en effet, cette phlegmasie est souvent liée aux deux autres. Ce n'est guère que comme lésion accessoire qu'on l'observe dans les hôpitaux ; les douleurs qu'elle provoque sont trop légères pour que les malades se présentent aux consultations ; c'est de préférence dans la clientèle privée qu'on rencontre cette maladie. Il est certaine catégorie d'affections qu'on rencontre rarement dans les services hospitaliers ; l'explication est facile à trouver.

Les causes qui peuvent amener la phlegmasie péri-utérine sont les mêmes que la pelvi-péritonite. Et d'abord, nous citerons l'accouchement, l'avortement, les métrites, les cautérisations intempestives, les excès de coït au moment de l'époque menstruelle, les traumatismes sur l'utérus ou ses annexes. La blennorrhagie, comme le prouvent nos observations, détermine fréquemment l'inflammation du tissu cellulaire circumutérin.



La phlegmasie péri-utérine bénigne, ou inflammation limitée au tissu conjonctif circumutérin, présente des symptômes peu accusés, aussi rencontre-t-on plus particulièrement cette affection chez les malades de la ville que dans les services hospitaliers, où



rentrent surtout des femmes qui viennent demander un soulagement aux douleurs violentes déterminées par le phlegmon du ligament large ou la pelvi-péritonite.

Les signes fonctionnels sont peu marqués : quelquefois les malades n'éprouvent aucune douleur, et c'est le hasard qui fait découvrir des tuméfactions dans les culs-de-sac ; c'est l'exception. En général, elles éprouvent une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et dans la région des lombes ; la marche, la station debout les fatiguent. Le repos au lit n'est pas urgent ; du reste, les malades, à l'insu du médecin, peuvent se lever, vaquer à leurs occupations journalières sans beaucoup de difficultés. L'aspect général n'est pas inquiétant ; le facies est un peu pâle, mais n'a rien qui rappelle le facies abdominal, si pathognomonique de la pelvi-péritonite. La menstruation présente des variations assez constantes ; l'écoulement menstruel est diminué ou supprimé pendant deux et quelquefois trois mois. Quelquefois, au contraire, les règles reviennent plusieurs fois par mois ; d'autres fois il se déclare des hémorrhagies utérines présentant un caractère peu alarmant et qu'il est du reste facile d'arrêter ; nous avons, dans quelques cas d'aménorrhée, constaté des déviations menstruelles, épistaxis, hémoptysies, etc... Le nombre de phlegmasies bénignes que nous avons observées nous permet de dire que cette affection est au moins aussi fréquente que la pelvi-péritonite ou le phlegmon du ligament large.

A l'inspection de l'abdomen on ne constate rien de particulier.

La palpation abdominale, peu ou point douloureuse, est facilement supportée.

Le toucher vaginal décèle assez souvent une augmentation de température de cet organe ; les culs-de-sac ont perdu leur souplesse ; ils sont sensibles au toucher et présentent un degré plus ou moins marqué d'empâtement. Ils sont le siège de tuméfactions manifestement rénitentes et de volume variable, depuis les dimensions d'une noisette jusqu'à celles d'une grosse mandarine ; le plus souvent ces tuméfactions sont uniques, quelquefois elles sont doubles et séparées entre elles par un sillon ; elles peuvent occu-

per successivement les divers culs-de-sacs. « Ces tumeurs inflammatoires, dit M. de Sinéty, quand elles sont nettement appréciables, présentent quelques caractères particuliers ; elles sont, en général, indépendantes de l'utérus, irrégulièrement arrondies, immobiles, douloureuses à la pression, tandis que l'organe utérin lui-même a conservé sa mobilité. Les symptômes varient, d'un jour à l'autre, comme intensité, et sont rarement accompagnés de phénomènes fébriles. » Un signe particulier de la phlegmasie péri-utérine bénigne est la rareté, on pourrait dire l'absence, de vomissements.

L'examen au spéculum ne donne aucun renseignement; en outre, son application est un peu douloureuse. Dans ce cas comme dans bien d'autres affections utérines, le spéculum cède le pas au toucher vaginal, dont les indications sont si nettes, si précises pour le gynécologiste. En général, l'affection que nous étudions se termine par résolution après une durée qui varie de quelques semaines. Une première atteinte ne prémunit pas les malades contre une récidive. Après une guérison apparente, il n'est pas rare de voir éclater des poussées successives. « Chez certaines malades, dit M. de Sinéty, des tumeurs de ce genre disparaissent encore plus promptement, au point que, si le résultat des explorations quotidiennes n'avait pas été noté exactement, on croirait presque avoir été le jouet d'une illusion. » Pendant nos recherches, cet incident s'est produit une fois ; il nous a fait douter de notre diagnostic.

Dans le cours de cette maladie la constipation est à peu près la règle, aussi détermine-t-elle des coliques et aussi quelques douleurs vagues dans les membres inférieurs ; ces coliques feraient songer à la pelvi-péritonite, si l'absence de fièvre, de vomissements, de facies grippé, etc... ne venait montrer au praticien qu'il fait fausse route. La suppuration n'est pas à redouter, à moins que cette affection ne soit concomitante de la pelvi-péritonite ou du phlegmon du ligament large ; cette triade nosologique n'est point rare. Ajoutons, pour terminer, qu'il n'existe pas de troubles de la miction.



Nous donnerons un certain développement à ce chapitre ; de la sorte il nous sera permis de dégager la phlegmasie péri-utérine bénigne, grâce à certains symptômes qui l'avaient fait confondre avec d'autres affections : en parlant ainsi, nous visons plus particulièrement la pelvi--péritonite.

Et d'abord est-il facile de déterminer le siège de la lésion ? Le clinicien peut-il affirmer s'il a devant lui une inflammation du tissu cellulaire péri-utérin ou bien une affection ayant intéressé le péritoine ? Oui. La phlegmasie péri-utérine, dans sa forme bénigne, ne détermine ni fièvre, ni vomissements, ni facies grippé. Le palper est en général facilement supporté ; le toucher surtout provoque de la douleur sur le point ou sur les points où siège soit un empâtement, soit une tumeur plus ou moins irrégulière et mal limitée. « L'utérus est mobile, et les mouvements communiqués ne sont pas douloureux, quand on a affaire à un cas non compliqué de métrite ou de pelvi-péritonite. » Enfin, il n'y a pas de suppuration dans la majorité des cas, la tuméfaction n'est point accessible par le palper adbominal. Si en avant et sur les côtés de l'utérus, on peut l'atteindre par le toucher et non par le palper, on peut dire qu'il n'y a point d'inflammation de la séreuse. La pelvi-péritonite, tout au moins dans sa forme aiguë, ne présente point le même aspect ; la phlegmasie péri-utérine débute d'une façon insidieuse, la pelvi-péritonite éclate par une violente douleur abdominale, douleur qu'exaspère la moindre pression, le facies est altéré, l'appétit nul, les vomissements se succèdent à un intervalle plus ou moins grand, une constipation quelquefois très opiniâtre alterne avec de la diarrhée parfois dysentériforme. Le pouls est petit (péritonéal), la fièvre fait rarement défaut. Le toucher, très douloureux, accuse une élévation de la température vaginale ; au niveau des culs-de-sac on trouve une tumeur de volume et de forme variables, ou pour mieux dire un empâtement présentant une consistance plus ou moins dure, ou même de la fluctuation, suivant que l'affection a plus ou moins évolué. Le pus peut s'ouvrir dans le vagin, le rectum, la vessie ou dans le péritoine. Souvent la pelvi-péritonite et la phlegmasie péri-utérine bénigne sont associées : inutile de dire que la première domine

la scène. Le diagnostic d'une tuméfaction siégeant en arrière de l'utérus est plus difficile à faire ; si par le toucher rectal, on trouve une induration circulaire, siègeant au niveau de l'isthme et paraissant adhérer à l'utérus, on doit conclure que la phlegmasie occupe le repli semi-lunaire de Douglas.

Le phlegmon du ligament large revêt ordinairement la forme aiguë. Il est fréquemment associé à la pelvi-péritonite et à l'inflammation du tissu cellulaire circumutérin. Comme la pelvi-péritonite, il est, dans la majeure partie des cas (dix-sept fois sur vingt, d'après la statistique de Bernutz), consécutif à la grossesse ou à l'avortement. Son début est marqué par une violente douleur siégeant dans la région hypogastrique ; la douleur est moins accusée que dans la pelvi-péritonite, des frissons précèdent la fièvre, qui est elle-même accompagnée de sueurs profuses. Il n'y a ni vomissements, ni facies grippé. Le phlegmon est accessible par le palper abdominal. Le toucher combiné au palper décèle la présence d'une tumeur lisse, unie, sans bosselure, difficile à limiter (plastron abdominal de Chomel). Dans la pelvi-péritonite et l'inflammation du tissu conjonctif péri-utérin, la tumeur est plus ou moins arrondie, quelquefois bosselée, et surtout accessible par les culs-de-sac vaginaux. La collection s'ouvre en général vers la paroi abdominale ; son pronostic est moins grave que celui de la pelvi-péritonite.

La lymphangite et la phlébite utérine, bien étudiées par MM. Siredey (1) et J. Lucas-Championnière (2), sont des complications que l'on rencontre fréquemment après l'accouchement. La lymphangite surtout, par sa fréquence, par sa gravité, semble de beaucoup la plus importante des affections puerpérales. La plaie utérine en est le point de départ. Ces deux affections n'ont aucun point de tangence avec la phlegmasie péri-utérine bénigne.

La phlegmasie péri-utérine bénigne peut-elle être rapprochée de l'adénite péri-utérine (M. Martineau) (3) ? Peut-elle être confon-

(1) Siredey. Maladies puerpérales, 1884.

(2) J. Lucas-Championnière, déjà cité.

(3) M. Martineau, déjà cité.

due avec cette affection ? Dans notre observation I, la tuméfaction siège bien au voisinage du ganglion décrit par Cruveilhier et par M. Alp. Guérin. Mais, un ganglion, sous l'influence d'un processus phlegmasique, quelque actif qu'on le suppose, n'atteint pas des dimensions aussi considérables que celles que nous avons constatées chez cette malade. Au moins, faudrait-il admettre, que si un ganglion lymphatique était en cause, le tissu conjonctif de la région prenait la plus grande part à la masse inflammatoire (1). »

Il est difficile de confondre l'hématocèle rétro-utérine ou antéutérine avec l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin. Les malades atteintes d'hématocèle rétro-utérine ont eu en général de la pelvi-péritonite. Une douleur violente, suivie de syncope, se déclare subitement dans le petit bassin ; il y a frissons, vomissements ; le toucher vaginal décèle l'existence d'une tumeur, située en arrière de l'utérus, qu'elle refoule en haut et en avant. Cette tumeur, globuleuse, présente souvent de petites inégalités. Elle peut acquérir un volume considérable. En général, il y a des troubles de la menstruation. La terminaison peut avoir lieu par résolution, par perforation, ou par élimination.

L'hémophilie, l'aménorrhée, les grossesses extra-utérines, les traumatismes sont les causes les plus fréquentes de l'hématocèle. Cette affection, dont le pronostic est grave, a une grande analogie avec la pelvi-péritonite.

L'ovarite, fréquente chez les accouchées, est rarement isolée ; elle se complique presque toujours de pelvi-péritonite.

La salpingite présente les mêmes caractères.

Les tumeurs de l'utérus, de ses annexes et des organes contenus dans le petit bassin ont une marche, une gravité et une physionomie telles qu'il est impossible de les confondre avec la phlegmasie péri-utérine bénigne.



Le pronostic de l'affection qne nous étudions peut varier :

1° Suivant le siège qu'elle occupe ;

(1) Voir Christoforis (Malaichia della donna). Milan 1881.

2° Suivant la cause qui en a été le point de départ ;

3° Suivant le terrain sur lequel elle agit.

Si l'inflammation reste limitée au tissu conjonctif péri-utérin proprement dit, le pronostic est peu grave ; il n'en est pas de même, lorsque l'inflammation s'étend au ligament large, au péritoine ou à la fosse iliaque. Aussi avons-nous qualifié de bénigne la variété de phlegmasie péri-utérine qui nous occupe.

La gravité du pronostic varie suivant la nature des produits, ou des corps étrangers qui ont amené l'inflammation de ce tissu cellulaire. « Nous savons que tout corps étranger, introduit dans le tissu cellulaire, y provoque la formation de pus. Si le corps est inerte, le pus se résorbera. Il s'étendra, au contraire, s'il dépend de la prolifération du vibrion pyogénique ; surtout, d'après M. Pasteur, si le vibrion septique est associé au vibrion pyogénique (1). »

Le phlegmon peut ne pas rester limité à l'utérus, il peut envahir le tissu cellulaire des annexes et de la fosse iliaque ; il y a alors septicémie ; le pronostic est grave. A la suite de traumatismes, de manœuvres obstétricales, on détermine des lésions, des solutions de continuité qui sont autant « de portes d'entrée pour les germes morbides. » Par quels moyens remédier à cet état de choses ? Quelles précautions devra prendre le gynécologiste, l'accoucheur ? En général, les agents de transmission sont les mains du praticien, les instruments, les pièces de pansement, la mauvaise hygiène de l'habitation. De là découle une application rigoureuse de la méthode listérienne. Aussi que de services l'antisepsie a-t-elle rendus à la gynécologie, à la chirurgie, à l'obstétrique !

Les femmes affaiblies, mal nourries, présentent un terrain favorable au développement des microbes. Les phlegmasies péri-utérines sont longues à guérir, promptes à récidiver chez les sujets scrofuleux ou lymphatiques. S'il est une vérité pathologique bien élucidée, c'est celle qui attribue au lymphatisme la fréquence des suppurations et des inflammations à marche lente et

(1) Revue des sciences médicales, 1881.

chronique. L'inflammation sera donc plus ou moins grave suivant le terrain où elle se sera développée.

En général, les sujets atteints de la variété de phlegmasie péri-utérine bénigne, peuvent vaquer à leurs occupations ; il est du reste difficile d'exiger de ces malades un repos absolu.



Nous avons essayé de démontrer que la phlegmasie péri-utérine était d'un pronostic bénin ; aussi guérit-elle souvent avec un traitement presque anodin ; bains, repos. Si, toutefois, ce qui est rare, des douleurs aiguës fatiguent les malades, on peut prescrire un lavement avec :

Hydrate de chloral..............	2 grammes.
Jaune d'œuf n° 1.	
Eau..........................	50 —

La matière médicamenteuse est étendue d'une petite quantité de véhicule, l'intestin garde bien ce lavement. Au choral on peut substituer des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine ; s'il se déclarait des douleurs lombaires assez violentes, on pourrait faire une pulvérisation de chlorure de méthyle. Ce moyen, préconisé par M. Debove dans les névralgies et la sciatique, nous a donné de bons résultats.

La constipation étant la règle dans cette affection, l'on doit employer des laxatifs ou des purgatifs légers. Comme palliatif, on peut faire des badigeonnages de teinture d'iode sur le ventre et appliquer des cataplasmes laudanisés. Comme adjuvant du traitement local, il est bon d'ordonner des tampons vaginaux imbibés avec :

Glycérine..................	30 grammes.
Iodure de potassium.........	4 —

ou bien encore des suppositoires vaginaux avec :

Extrait d'opium..............	20 centigr.
Iodure de potassium..........	30 —
Beurre de cacao..............	4 gr.

A l'intérieur, l'huile de foie de morue, l'iodure de potassium à petites doses sont indiqués. Les malades éprouveront du soulagement à prendre des bains alcalins iodurés avec :

Sous-carbonate de soude.....	150 grammes.
Iodure de potassium........	20 —

pour un bain.

Un spéculum spécial doit écarter les parois vaginales, pour permettre à l'eau de baigner les culs-de sac. Le massage et l'électricité peuvent rendre des services ; il en est de même de l'hydrothéragie et des cures bien dirigées aux stations thermales (Néris, Plombières, Luxeuil, Royat, Saint-Sauveur, etc.).



Nous avons essayé de faire ressortir dans cette thèse :

1° Qu'à côté des affections graves du voisinage de l'utérus, comme la pelvi-péritonite et le phlegmon du ligament large, il existe une variété de phlegmasie péri-utérine de forme bénigne ;

2° Que cette affection est bénigne à cause de sa courte durée ;

3° Qu'elle est encore bénigne à cause de l'absence de suppuration ;

4° Qu'elle est remarquable par sa fréquence ;

5° Enfin, que les auteurs se sont occupés surtout des formes graves des phlegmasies péri-utérines.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

INVERSION UTÉRINE TRAITÉE PAR LA LIGATURE ÉLASTIQUE.

M. Périer lit un rapport sur un cas d'inversion complète traitée par M. Poncet (de Lyon) à l'aide de la ligature élastique. La malade a guéri et la tumeur est tombée au 20e jour.

M. Poncet et le rapporteur insistent sur ce fait que, quoique la tumeur fût manifestement constituée par l'utérus, l'opération a été complètement indolore.

C'est un fait déjà observé par M. Polaillon et qui est d'autant plus intéressant, que la sensibilité de la tumeur est le moyen de diagnostic signalé par M. Guéniot entre le polype fibreux et une inversion.

M. Tillaux fait remarquer que la sensibilité était peut-être peu marquée ; mais elle existait, et c'est là le point important. Il a eu l'occasion de vérifier la bonté de ce signe diagnostique chez une malade présentée à l'Académie et qui avait un polype fibreux et une inversion utérine.

L'exploration au moyen d'une épingle m'a donné des résultats très nets.

M. M. Sée. Quand il existe de la sensibilité, on peut être certain qu'on n'est pas en présence d'un fibrôme : mais l'absence de sensibilité ne prouve rien, car elle peut tenir à des dispositions individuelles : chez certaines femmes, en effet, le cathétérisme utérin est indolore ; chez d'autres, il est très vivement senti.

M. Polaillon est de l'avis de M. Sée ; dans les deux cas qui lui sont personnels, l'insensibilité était presque absolue.

M. Tillaux. Presque, mais pas tout à fait. L'insensibilité au niveau d'un fibrôme est absolue.

M. Polaillon rapporte un troisième cas où il crut avoir affaire à un fibrome, il fit l'opération sans chloroforme, presque sans que la malade s'en fût aperçue, et cependant c'était l'utérus qu'il avait enlevé. La malade mourut de péritonite au bout de huit jours.

M. Guéniot. Au signe tiré de la sensibilité de la tumeur que j'avais indiqué en 1868, j'en avais ajouté un autre : c'est la consistance ferme et résistante de cette même tumeur quand on y enfonce une aiguille.

Séance du 28 *juillet*. — Présidence de M. Horteloup.

Opération de Battey.

— M. Terrillon communique une observation d'ablation des deux ovaires et des deux trompes (opération de Battey), pour

une névralgie utéro-ovarienne avec irradiations dans le bassin, suivie de guérison.

Il s'agit d'une femme âgée de 46 ans, sans enfants, dont les règles, survenues à l'âge de 16 ans, avaient toujours été douloureuses et abondantes sans métrorrhagies. Vers l'âge de 36 ans, elle fut prise progressivement de douleurs vives dans le bas-ventre, avec spasmes occupant surtout la région utérine et les régions ovariques alternativement, et aussi la partie antérieure du bassin.

Cet état, qui s'accompagnait de crises nerveuses avec attaques légères; nécessita des traitements variés qui n'amenèrent qu'un soulagement momentané. L'état général était altéré, l'amaigrissement très prononcé. Les rapports conjugaux, très douloureux, étaient devenus insupportables.

Après divers traitements infructueux, la malade se soumit, en 1883, à une opération qui consista, dit-elle, dans l'ablation du col de l'utérus.

Le résultat fut nul, les douleurs augmentèrent et envahirent la vessie et le rectum, rendant la vie insupportable.

Après une nouvelle série de traitements médicaux : bromures, douches, etc., tous impuissants, la malade s'adressa, au début de 1886, à M. Reclus, qui pratiqua diverses opérations : dilatation du col vésical, dilatation du sphincter anal, cautérisation ponctuée du col de l'utérus, le tout sans aucun succès. Puis les phénomènes douloureux parurent principalement dans l'utérus et les ovaires, avec manifestations hystériformes très accusées.

C'est dans ces conditions que, M. Reclus ayant demandé l'avis de M. Terrillon, il fut convenu entre eux de pratiquer l'ablation des ovaires et des trompes en vue de tenter la guérison de cette malheureuse.

L'opération faite à l'aide de l'incision médiane comme pour l'ovariotomie fut particulièrement laborieuse.

Les suites en furent des plus simples ; les fils furent enlevés le huitième jour ; la plaie était entièrement cicatrisée.

Depuis deux mois, la malade ne souffre plus ; elle se déclare absolument débarrassée de ses malaises, ne se plaignant plus que d'une légère douleur vésicale ou épreinte après qu'elle a

uriné. M. Terrillon pense que des lavages vésicaux pourront suffire pour faire disparaître ce dernier symptôme d'une névralgie qui tourmentait la malade depuis plusieurs années.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 2 avril 1886. — Présidence de M. Cornil.

TUMEUR DE LA VESSIE CHEZ LA FEMME.— TAILLE HYPOGASTRIQUE.— GUÉRISON.

M. Bazy rapporte le cas suivant :

Il s'agit d'une femme de 30 ans, opérée en novembre 1884.

Les troubles urinaires chez cette femme, bien portante d'ailleurs, s'étaient montrés quatre ans auparavant dans le cours d'une grossesse. Ils ont consisté dans des phénomènes de rétention d'urine suivis de symptômes de cystite du col ; ils disparurent après quelques jours et se montrèrent après l'accouchement sous forme de mictions fréquentes et de douleurs à la fin de la miction. Elle consulta alors M. Mercier, qui lui proposa de lui faire des injections de nitrate d'argent. Bientôt se montra de la rétention, qui obligea la malade à se sonder, d'abord trois ou quatre fois par jour, puis à des intervalles plus rapprochés, toutes les heures, toutes les dimi-heures et souvent tous les quarts d'heure. Le cathétérisme se faisait avec beaucoup de douleur et arrachait des cris à la malade, malgré son courage.

Les diagnostics en rapport avec les traitements qui lui furent conseillés ont été cystite chronique, cystite pseudo-membraneuse, paralysie de la vessie, rétrécissement de l'urèthre, etc.

Quand l'auteur la vit en octobre 1884, elle souffrait tellemen qu'il fut imposible de l'examiner. On fit la chloroformisation pour pratiquer cet examen, et soupçonnant l'existence d'une tumeur de la vessie, M. Bazy prit tous les intruments pour l'opérer par la voie uréthrale. Le 20 octobre, la malade fut endormie; l'urèthre dilaté, le doigt introduit dans la vessie fit sentir une tumeur dure de consistance fibreuse, du volume d'un œuf de dinde, qui parut adhérente par la moitié de son étendue à la face latérale gauche et à la paroi supérieure de la vessie.

L'opération par la voie uréthrale reconnue impossible, on con-

gea à la taille hypogastrique, qui fut acceptée et pratiquée le 26 novembre 1884. On essaya à enlever la tumeur par la voie uréthrale, c'était impossible ; à l'aide du ballon de Petersen, par le vagin, on pratiqua l'injection de la vessie ; l'urèthre fut maintenu fermé avec le doigt, pressant l'urèthre contre le pubis.

L'opération ne présenta rien de particulier ; arrivé dans la vessie et après s'être rendu compte des connexions de la tumeur avec cet organe, l'opérateur s'aperçut bientôt qu'elle n'était adhérente à la paroi vésicale que par un pédicule du volume du petit doigt, s'insérant derrière la symphyse pubienne, au-dessus de l'orifice uréthral.

Les suites de l'opération furent simples. La malade a très bien guéri. Un mois après, elle urinait seule sans aucune douleur, et quatre à cinq fois dans les 24 heures. Ajoutons qu'en même temps que la tumeur, on retira un calcul phosphatique du volume d'un petit œuf de poule qui était fractionné en deux morceaux.

L'*examen histologique* pratiqué au Collège de France a montré qu'il s'agissait d'un fibrôme presque pur, avec quelques éléments embryonnaires disséminés çà et là.

Cette femme est morte dans les premiers jours de juin de congestion pulmonaire, qui l'a surprise au milieu de la santé la plus parfaite et l'a enlevée en trois jours. Ce diagnostic de congestion pulmonaire est celui qui a été porté par le médecin traitant ; quoi qu'il en soit, le mari de la malade a rapporté qu'elle est morte avec des phénomènes d'asphyxie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 9 *juillet* 1886. —Présidence de M. Vergely.

KYSTE DE L'OVAIRE.

M. Dudon présente une observation de kyste de l'ovaire qu suggère à M. Baudrimont les observations suivantes :

Elle montre une fois de plus l'importance de la ponction comme moyen de diagnostic. La nature du liquide peut mettre sur la voie ; la souplesse de la paroi, après la ponction, permet une exploration plus facile. Si M. Dudon avait ponctionné, il ne se serait pas exposé à diagnostiquer un kyste volumineux, alors qu'il y avait une ascite avec un petit kyste.

M. Baudrimont demande aussi à M. Dudon pourquoi il a cru nécessaire de réséquer le péritoine sur une aussi grande étendue et ce qui serait advenu si cette séreuse épaissie avait été laissée en place.

M. Dudon n'a pas cru nécessaire de faire une nouvelle ponction parce que la malade avait été déjà ponctionnée quatre fois et qu'il croyait trouver tous les signes du kyste de l'ovaire. Il reconnaît, d'ailleurs, que ce moyen de diagnostic est extrêmement utile, bien que, dans certains cas, le diagnostic reste incertain, même après la ponction.

A la deuxième question de M. Baudrimont, il répond que s'il a décollé le péritoine, c'est précisément parce que son diagnostic était incomplet. Il croyait être arrivé sur la paroi du kyste et il a agi en conséquence.

. . . .

Avant de terminer, M. Dudon désire appeler l'attention sur un point de pratique qui lui paraît avoir son importance. Il s'agit des avantages offerts par les divers objets qu'on utilise pour l'hémostase et pour l'absorption des liquides dans le cours de l'opération. Autrefois on employait les éponges fines, mais celles-ci coûtent assez cher et il est difficile d'exiger d'une administration hospitalière le renouvellement des éponges à chaque opération ; d'un autre côté, si on les fait resservir, il n'est plus possible d'assurer l'antisepsie. Aussi, a-t-il absolument banni les éponges de sa pratique ; il les remplace par des boules de ouate salicylée. C'est une substance qui a l'avantage d'être antiseptique par elle-même et de remplacer l'éponge dans ses divers usages ; en outre elle ne coûte pas cher, ce qui permet de ne jamais la faire resservir.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DE BORDEAUX.

TUMEUR DE L'OVAIRE.

M. Chaleix fait une communication sur une tumeur de l'ovaire.

M. Boursier demande si les trois masses solides offertes par la tumeur étaient situées en dehors du kyste.

M. Chaleix répond qu'en avant on trouvait une poche kystique et en arrière une tumeur solide.

M. Boursier dit que la pièce présentée par M. Chaleix offre un grand intérêt à cause de la partie solide. L'examen histologique du néoplasme devrait être pratiqué, afin de savoir si les produits mucoïdes de la tumeur appartiennent à un épithélioma métatypique ou à une tumeur maligne.

M. Davezac a eu l'occasion d'observer dans deux cas, appartenant l'un à M. Lande, l'autre à M. Péan, des produits mucoïdes dans une tumeur ovarique. La malade opérée par M. Péan a été complètement guérie sans présenter de récidive, aussi pense-t-il que ces produits mucoïdes n'appartiennent pas à un néoplasme malin.

M. Boursier dit que l'examen microscopique n'éliminerait pas la possibilité d'une récidive. Dans huit cas d'épithélioma métatypique, on a observé des récidives et la généralisation. La question des récidives des tumeurs ovariques est encore très obscure.



LÉSIONS SYPHILITIQUES DU COL UTÉRIN.

M. Chambrelent présente un mémoire sur cette question.

A ce propos M. Hirigoyen dit que la connaissance de ces indurations syphilitiques est de date récente. Elles ont été décrites pour la première fois par Chiara. Dans une discussion à la Société de Médecine, plusieurs membres élevèrent des doutes sur leur possibilité. Cependant Fournier croit aux indurations syphilitiques du col. Elles peuvent être consécutives à un chancre induré de cet organe, ou bien elles peuvent se produire à une période avancée, un an ou deux ans après l'apparition de la syphilis.

Il y a deux ans, il a observé à la Maternité de l'hôpital Saint-André un cas analogue à celui de M. Chambrelent, chez une femme qui était en travail depuis quarante-huit heures, la dilatation du col utérin n'avait que les dimensions d'une pièce de vingt centimes. Cet organe, très dur, avait une consistance ligneuse. Des incisions furent faites, et l'accouchement pratiqué avec le forceps. L'enfant mourut. Sur le crâne, il présentait une

bosse sanguine considérable, et sur le diploë des os était imprimé un cercle très apparent, trace de la constriction. La température de la femme pendant les suites de couches n'a jamais dépassé 37°5 ou 38°. Il pense que maintenant l'attention des observateurs étant appelée sur ce point, les cas deviendront bien plus nombreux.

M. Moussous. Chez la malade dont parle M. Hirigoyen, je fus obligé, pour terminer l'accouchement, d'inciser le col qui ne pouvait donner passage à la tête du fœtus.

M. Vergely a dans son service une jeune femme syphilitique depuis deux ans, qui présente actuellement, sur le côté droit du col utérin, une ulcération ayant une teinte rouge-sombre et complètement indolente ; il croit qu'il s'agit là d'une lésion syphilitique du col.

M. Moussous croit aux indurations syphilitiques du col ; les unes sont consécutives au chancre induré, les autres qui se manifestent pendant la période secondaire sont de nature douteuse. Elles diffèrent bien de la rigidité spasmodique du col. Dans celle-ci, le col est rigide, mais il est aminci. Dans les indurations syphilitiques, au contraire, le col est épaissi et a une dureté cartilagineuse. Il lui a été donné d'en observer deux cas incontestables.

M. Lagrange demande quels sont les éléments qui permettent de faire le diagnostic différentiel avec l'épithélioma.

M. Hirigoyen. Les indurations syphilitiques du col se présentent sous la forme de plaques dures, régulières, tandis que l'épithélioma non ulcéré a des bosselures manifestes ; en outre, lorsqu'il arrive à la périods d'ulcération, il présente des bourgeonnements formant des anfractuosités qui permettent de porter le diagnostic.



ANOMALIE PLACENTAIRE.

M. Chambrelent présente à la Société un placenta qui lui a été envoyé par une sage-femme de la ville.

Ce placenta, normal si on le considère par sa face utérine, présente sur sa face fœtale, une poche liquide de la grosseur d'un œuf de dinde.

Cette poche paraît absolument indépendante de l'amnios, qui la recouvre comme le reste du placenta, mais qui s'en détache sans la moindre difficulté.

Elle paraît plutôt constituée par un soulèvement du chorion. Deux petits kystes analogues, mais beaucoup plus petits, siègent sur d'autres parties du placenta.

M. le Dr Moussous, professeur de Clinique obstétricale, et M. le Dr Louis Hirigoyen, qui assistent à la séance, disent n'avoir jamais observé d'anomalies semblubles.

Sur leur demande, M. Chambrelent ouvre la poche kystique ; il s'en écoule un liquide analogue au liquide amniotique.

REVUE DE LA PRESSE

—

RÉDUCTION DE L'INVERSION INTERNE PAR LA LIGATURE ÉLASTIQUE.

La *Normandie médicale* rapporte un cas fort curieux de réduction d'une inversion utérine par la ligature élastique. Il a été relaté par M. Duménil à l'une des dernières séances de la Société de médecine de Rouen.

Après des tentatives impuissantes de réduction par la main, pendant le sommeil chloroformique, M. Duménil crut indiqué de faire l'ablation de la partie procidente. Il appliqua dans ce but, autour du pédicule véritable formé au niveau du col, une anse élastique formée par un bout de caoutchouc rond, de 4 millimètres de diamètre, compris entre deux ficelles destinées à permettre la constriction au moyen de la sonde de Péan. A sa grande surprise, il n'y avait au bout de 16 à 17 jours aucune odeur de gangrène, aucun détritus expulsé. Le lien se détacha et M. Duménil put constater alors la reformation de la cavité utérine. Il est à penser que la constriction provoqua des contractions du muscle utérin qui, peu à peu, s'exprima en quelque sorte de l'anneau formé par l'anse élastique. Cette méthode serait à tenter comme offrant une chance de réduction, tout en assurant la section de la tumeur dans le cas contraire.

AMPUTATION D'UN FIBRO MYÔME

Par le Dr Aurillac, de Vichy.

L'auteur rapporte l'intéressante observation suivante :

Une dame, âgée de 42 ans, était atteinte depuis sept ans d'une tumeur



intra-utérine pour laquelle elle a entrepris plusieurs traitements. Elle a une bonne constitution, un tempérament sanguin. Les règles sont normales, en dehors cependant de quelques métrorrhagies qui se sont produites sous la dépendance de son affection.

Un de nos confrères aux soins duquel elle s'était confiée, me pria de la voir avec lui. Il résulta de notre examen que la malade était atteinte de fibro-myôme, à large base, occupant toute la cavité utérine, plongeant dans le vagin où il a pu se développer de manière à acquérir le volume d'une tête de fœtus et faisant enfin saillie de plusieurs centimètres hors de la vulve.

Le fond de l'utérus est facilement circonscrit à la main à travers la paroi abdominale, au-dessous du nombril; l'organe a atteint le volume d'une grossesse de cinq mois.

La vulve est dilatée par le segment inférieur du myôme, qui se présente à la vue sous la forme d'une masse cylindrique, noirâtre, ardoisée, et légèrement excoriée par le passage des urines ; le doigt peut à peine s'introduire entre la tumeur et la paroi vaginale, du côté de la cloison périnéale, de telle sorte qu'il est impossible d'aller reconnaître le col et les limites de la tumeur ; mais on peut s'assurer que le myôme est dur, compact, la compression qu'il exerce sur le fond du bassin provoque depuis quelques jours des douleurs semblables à celles de l'accouchement. La vessie fortement déprimée, ne peut plus se remplir et la malade urine presque constamment, tourmentée par un ténesme insupportable.

Après avoir reconnu la nature de la tumeur, nous en pratiquons l'allongement en faisant avec précaution des tractions légères sur la partie qui se présente hors de la vulve, et quelques ponctions avec le trocart, ponctions, qui en donnant issue à une petite quantité de sang, dégorgent la masse et nous démontrent qu'elle est polykystique.

L'allongement obtenu, il nous est possible de glisser les doigts entre la tumeur et la paroi vaginale postérieure pour aller à la recherche du col. Nous nous assurons ainsi qu'il n'y a pas d'adhérences dans le vagin, et que la tumeur descend dans l'excavation en franchissant la cavité cervicale.

Nous étant ensuite retirés pour nous entendre sur la suite à donner à ces premières tentatives, nous décidons de procéder dès le lendemain à l'amputation du segment inférieur dont le prolapsus cause à la malade ces douleurs intolérables, ces contractions fréquentes, par la compression qu'il exerce sur le plancher périnéal et le pourtour de la vulve.

Le lendemain, 4 juin, la malade est dans la position de la taille périnéale, les cuisses fortement écartées et fléchies sur le bassin, les

ambes solidement maintenues par deux aides, j'attire au dehors la tumeur au moyen de pinces à griffes, et circonscrivant avec un bistouri courbe boutonné toute la base du myôme qui sort de la vulve comme un énorme boudin, j'en pratique la section aussi avant que possible dans l'intérieur du vagin. L'instrument sectionne un tissu dur, résistant et comme lardacé, parcouru par de rares vaisseaux sanguins. Le dernier coup de bistouri, seulement, ouvre une artériole un peu volumineuse sur laquelle je porte immédiatement le coutenu d'un thermocautère, chauffé préalablement en prévision de cet accident, et dans le but également arrêté de détruire par le feu tout ce que le bistouri ne pouvait atteindre.

Nous procédons ensuite au pansement et quinze jours après, la malade, munie d'un pessaire sur lequel s'appuie la masse fibreuse que nous n'avons pu extraire, circulait dans ses appartements pouvant enfin vaquer à ses diverses occupations auxquelles elle avait été obligée de renoncer depuis longtemps.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

FILIÈRE A DILATATION DU COL DE L'UTÉRUS

du Dr Jules Chéron.

Plus la gynécologie avance dans ses recherches, plus la dilatation du col de l'utérus s'impose comme une intervention chirurgicale nécessaire, jouant un rôle capital dans le traitement des nombreux troubles réflexes, au premier rang desquels se trouvent les métrorrhagies, le catarrhe, l'endométrite purulente, les valvules du canal, l'ectropion de la muqueuse de ce dernier, etc., etc.

Nous n'en sommes plus à l'époque où la dilatation du canal cervical n'était pratiqué que dans un but d'exploration ; tous les gynécologues vraiment dignes de ce nom, classent aujourd'hui ce moyen parmi les ressources les plus précieuses de la thérapeutique.

∴

La théorie du mode d'action de la dilatation du canal cervical nous semble facile à déduire de ce fait d'observation, relaté déjà, sans commentaires, par quelques auteurs et particulièrement par West, à savoir, que lorsque un petit polype muqueux ou utéro-folliculaire se trouve engagé dans le canal cervical, il détermine, par sa présence, des hémor-

rhagies qui ne cèdent qu'à la destruction de ce petit polype ou à son apparition au méat cervical, en dehors de ce canal.

Comment se produisent ces hémorrhagies ? — Evidemment, en vertu d'un acte réflexe, puisque du moment où le petit polype est arrivé au méat cervical, il n'y a plus d'hémorrhagies.

La muqueuse du canal cervical est un organe sensible par excellence; il est le siège principal des excitations transmises sous la forme réflexe soit à l'appareil utéro-ovarien, soit aux autres organes. Aussi, comprend-on l'importance de l'endométrite cervicale, dont la forme larvée, mentionnée par Edis et décrite par M. Chéron sous la dénomination de première période d'évolution de l'ectropion de la muqueuse du canal cervical est si fréquente et si peu connue des hommes qui ne sont pas versés spécialement dans les connaissances gynécologiques.

Cette sensibilité particulière de la muqueuse du canal cervical s'explique par la découverte d'une véritable atmosphère nerveuse périmuqueuse, faite dans ces dernières années.

∴

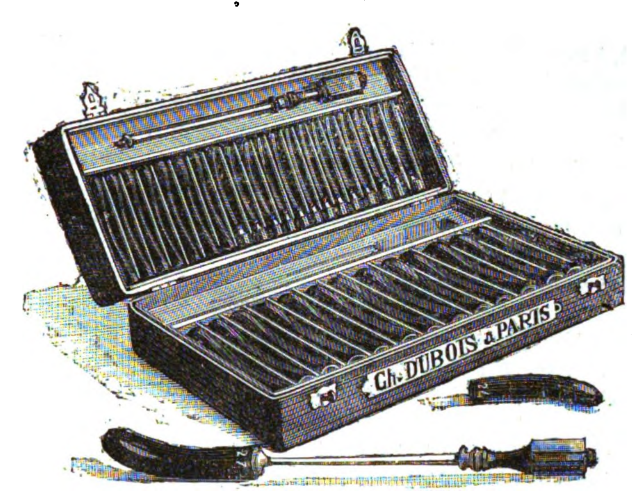
Les moyens de dilatation ne sont pas chose nouvelle. L'éponge préparée date de loin. Le laminaria a été introduit pour cet usage, dans la pratique chirurgicale, depuis que Nélaton s'en est servi pour dilater la blessure de Garibaldi.

Depuis Huguier, de nombreux dilatateurs métalliques à deux ou à trois branches ont été imaginés avec plus ou moins de succès.

Tous ces instruments de dilatation ont rendu des services et en rendent encore; leur seul défaut est, pour l'éponge et le laminaria, de nécessiter chaque fois le repos et de demander un temps trop long. Les dilatateurs métalliques ne peuvent donner qu'une dilatation temporaire et très limitée.

Mû par ces considérations, Hégar a eu l'idée de faire faire une série de bougies d'un volume de 1 à 20 millimètres, à l'aide desquelles il pratique en une seule séance, et sous le chloroforme, une dilatation complète dans l'espace d'une heure. Nous avons fait usage de cette filière : les bougies en sont trop courtes, et leur courbure unique, dite courbure normale, en permet difficilement l'introduction jusque dans l'utérus.

Nous avons donc fait construire une filière dans laquelle chaque bougie a une longueur de 8 centimètres et peut se visser sur un manche muni d'une tige flexible en cuivre rouge ou en étain, ce qui permet de donner à l'ensemble, les deux courbures c'est-à-dire la courbure normale, qui est fixe sur la bougie, et la courbure périnéale qui est faite extemporanément sur la tige flexible. Le diamètre de chaque bougie varie par tiers de millimètre depuis 1 jusqu'à 20 millimètres (fig. 1).



Pour faire usage de cette filière, il n'est pas nécessaire d'employer le chloroforme. On peut, dans bien des circonstances, arriver à une dilatation thérapeutique suffisante, en prenant la précaution d'employer le dilatateur à deux branches et à courbure périnéale annexé à l'appareil.

Lorsque, après avoir fait usage d'une bougie, la bougie de calibre supérieur ne peut pas passer, on introduit le dilatateur à deux branches et on dilate doucement pendant un instant, sans violence, le canal cervical. On peut alors passer la bougie que l'on ne pouvait introduire quelques instants auparavant.

∴

Aujourd'hui, l'intervention de la chirurgie rend un très grand service dans les maladies de l'utérus. La dilatation, comme nous le disions plus haut, est une ressource thérapeutique de premier ordre. Il ne faut donc pas s'étonner de voir les hommes qui s'occupent spécialement de gynécologie, chercher à en perfectionner les moyens.

BIBLIOTHÈQUE

E. Littré, **Dictionnaire de médecine**, 160e mille, édition populaire avec atlas, 160e mille, 1 vol. grand in-8e à 2 colonnes, 1900 pages, 550 figures, 48 planches. — Grand succès ! Voilà un de ces livres, que chacun, savant ou ignorant, riche ou pauvre, devrait posséder dans sa bibliothèque ; il présente un tableau exact de nos connaissances pour tout ce qui touche à l'homme, à

la santé, à la structure et à la fonction de ses organes ; il est clair, méthodique, complet, détaillé et de plus orné de nombreuses planches et figures ; il rendra les plus grands services à quiconque veut suivre le mouvement des sciences contemporaines, soit dans ses lectures, soit dans ses conversations ; il donnera bien des conseils utiles en attendant le médecin ; c'est un livre de pratique journalière en même temps qu'une encyclopédie scientifique. Le *Dictionnaire de médecine* Littré, édition populaire, se publie en 48 séries : 24 séries, portant des numéros impairs, comprendront chacune 2 feuilles de texte et 2 planches hors texte, — 24 séries, portant des numéros pairs, comprendront chacune 3 feuilles de texte. L'ouvrage complet formera : 1° Un volume grand in-8° jésus, à deux colonnes, de 1900 pages ; 2° Un atlas de 48 planches tirées hors texte. Il paraît une série tous les jeudis, depuis le 15 avril 1886. Prix de chaque série : 50 centimes. On souscrit à l'ouvrage complet, qui sera envoyé *franco* chaque semaine, en adressant aux éditeurs un mandat postal de 24 francs. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 16, rue Hautefeuille, Paris.

— Pour paraître le 15 décembre prochain, **almanach-annuaire** des médecins et pharmaciens de la France, de l'Algérie et des colonies, pour l'année 1887. Prix : 2 fr. en souscrivant. Hors Paris, 2 fr. 50 (*franco*). On ne paie qu'après réception. On souscrit, dès à présent, chez M. Alcan-Lévy, éditeur, 24, rue Chauchat, à Paris.

— **Dysménorrhée membraneuse prise pour un avortement chez une femme de 46 ans**, par le docteur L. Le Pileur, médecin de la prison de Saint-Lazare. — Clermont (Oise), imprimerie Daix.

De la curette et de ses applications en gynécologie. — Curettage et évidement de l'utérus, par le docteur Walton (Gand, 1886). — Sous ce titre, notre éminent confrère de Bruxelles vient de publier un mémoire dans lequel il préconise l'emploi de la curette en gynécologie, notamment dans les affections cancéreuses de l'utérus. L'évidement de la matière n'est qu'une opération palliative qu'il recommande dans le cas de cancer inopérable. Elle est moins grave et moins audacieuse que l'hystérectomie abdominale et que l'hystérectomie vaginale, et si elle ne met pas à l'abri des récidives, elle offre l'avantage bien appréciable de soulager les malades, d'arrêter d'emblée les hémorrhagies et de supprimer l'odeur infecte des pertes ichoreuses. Il considère qu'il faut avoir recours à l'évidement de l'utérus cancéreux toutes les fois que l'amputation du col ou l'hystérectomie sont impraticables par suite de l'impossibilité d'abaisser l'utérus fixé au bassin par des adhérences péritonéales ou de la propagation du cancer aux parois vaginales qui amène le rétrécissement du fond du vagin.

Cette opération, redoutée autrefois où l'on avait des curettes défectueuses, est devenue, grâce aux nouveaux instruments et à l'antisepsie, une opération bénigne.

M. Walton condamne absolument la curette de Récamier à laquelle il attribue les insuccès qui ont pu se produire autrefois, dans les cas de curettage de l'utérus et donne la description des curettes qu'il lui préfère : « Curette mousse de Thomas, tige flexible, curette mousse et tranchante à tige « tranchante malléable de Sims, curette tranchante à tige rigide de Simon. »

D'après lui, l'indication dominante pour l'emploi de la curette est « l'hémor-
« rhagie utérine » reconnaissant pour cause :

« L'endométrite hyperplasique chronique ou dégénérescence fongueuse de « la membrane muqueuse utérine, la rétention de villosités placentaires, le « sarcôme diffus de la muqueuse du corps de l'utérus et les cancers utérins. »

C'est la curette qui est chargée de fournir les éléments du diagnostic en dénotant la présence dans l'utérus soit de fongosités, soit de débris placentaires ou sarcomateux, etc.. Cette exploration est sans danger, surtout si on la fait précéder de la dilatation forcée qui facilite la manœuvre de la curette.

M. Walton préfère pour le curettage, dans les cas d'endométrite, la curette mousse de Thomas qu'il remplace par la curette tranchante à tige flexible de Sims, quand la première est trop faible pour entamer la muqueuse ou quand il est nécessaire d'enlever complètement les tissus pathologiques jusqu'à la couche musculaire. Il réserve la curette ou cuillère tranchante à tige rigide de Simon pour les cas de cancer de l'utérus, quand il s'agit d'enlever des granulations fongueuses qui saignent et suppurent abondamment.

Après avoir fait une étude très complète et très détaillée du cancer utérin et de ses principales variétés *carcinôme* et *épithélioma* et décrit avec soin l'étiologie, les symptômes locaux et généraux, le diagnostic différentiel de cette affection, il arrive au traitement qui comprend les applications de caustiques, l'amputation du col, l'extirpation totale de l'utérus et enfin le curettage dont il donne la technique complète.

Le curettage doit se faire avec une certaine force et la sensation de râclement dur, de grincement transmis par l'instrument à la main indique que le substratum fibreux est atteint. Après l'opération il faut avoir soin de faire une ou plusieurs irrigations phéniquées pour nettoyer le champ opératoire et enlever les débris du curettage, le sang et les caillots. Le pansement se fait ensuite à l'aide de l'iodoforme pulvérisé ou de la glycérine phéniquée.

M. Walton termine son mémoire par la relation de six observations d'opération de curettage pour cancer de l'utérus, toutes faites avec succès et ayant procuré une survie de plusieurs mois aux malades qui ont été soumises à cette opération, dans un état désespéré et épuisées par des pertes de sang continuelles.

Cette question de curettage de l'utérus est très importante et est destinée à prendre une grande extension dans le domaine de la chirurgie utérine. Grâce à ce moyen, il est permis de renoncer, dans un grand nombre de cas de cancer de l'utérus, à l'hystérectomie dont les résultats sont vraiment peu encourageants et qui, du reste, n'est pas toujours praticable. L'hystérectomie n'est, en effet, justifiée que lorsque le cancer est limité à l'utérus et que, par conséquent, il est permis d'enlever tout le tissu malade. Dans les cas où cette opération est impossible, ou même l'amputation du col semble inutile, les culs-de-sacs vaginaux étant envahis par le néoplasme, le curettage, en supprimant les tisssus pathologiques, arrête les hémorrhagies et les écoulements fétides et permet de soulager les malades et de prolonger leur existence.

M. Walton a donc fait une œuvre utile en publiant son mémoire où se trouvent détaillées les affections dans lesquelles le curettage puise son indication, avec leur étiologie, leurs symptômes, leur diagnostic et qui indique avec tout le développement désirable le procédé opératoire ainsi que des instruments propres à chaque cas.

R. F.

— **Étude expérimentale sur la phonation**, par le Dr LERMOYEZ. — Paris, 1886. O. Doin, éditeur. (*Sera analysé.*)

— **Bulletins et mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris**, pour l'année 1885, publiés sous la direction de MM CHARPENTIER et AUVARD. — Paris, 1886, 1 vol. in-8 de 252 pages avec figures. — 5 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

— **Des rétrécissements du conduit vulvo-vaginal** (voies génitales antérieures de la femme), par M. le docteur LOUIS DEBRAND. — 1 vol. de 208 p. — Paris, A Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

— **L'Obstétrique et la gynécologie en 1885.** — Revue des travaux français et étrangers publiée sous la direction du docteur LUTAUD.— Paris, 1886, 1 vol. in-8 de 456 pages, 5 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

— **Traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec le caustique Filhos**, par le docteur RICHELOT, ancien président de la Société de médecine de Paris, chez G. Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain, 120. — Prix : 2 fr. 50.

— **Étude sur l'opération d'Alexander** (raccourcissement des ligaments ronds), précédée de quelques considérations sur les déviations et les déplacements de l'utérus, par le docteur JUAN E. MANRIQUE. — Paris, 1886. Steinheil, éditeur. (*Sera analysée.*)

— **Manuel d'hydrothérapie** avec fig. dans le texte par le Docteur PAUL DELMAS. — Paris 1885. O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon. (*Sera analysé.*)

— **Traité théorique et clinique d'obstétrique médicale et chirurgicale**, par le docteur ROBERT BARNES et par le docteur FANCOURT-BARNES. — Traduit et annoté par le docteur CORDES. — Paris, 1886. G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain. (*Sera analysé.*)

— **Maladies des organes génitaux de la femme**, par le professeur KARL SCHRŒDER, de Berlin, ouvrage traduit de l'allemand sur la sixième édition, par E. LAUWERS, docteur à Courtrai, et E. HERTOGHE, docteur à Anvers, précédé d'une préface par le professeur E. HUBERT. — Bruxelles, 1886. A. Monceaux, libraire-éditeur.

— **Compendium de médecine dosimétrique**, ou matière médicale chimique, pharmaceutique, pharmaco-dynamique, clinique ; par le docteur ALBERT VAN REUTERGHEM de Soës (Zélande). — Paris, 1886, Institut de Médecine dosimétrique, 54, rue des Francs-Bourgeois. (*Sera analysé.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

164. — Conduite à tenir dans les cas de placenta prœvia.— Le docteur Mac Lean, donne les règles suivantes pour le traitement du placenta prœvia.

1° Dans tous les cas, il faut éviter l'application de tous les styptiques, qui encombrent le vagin d'un coagulum inerte et qui ne peuvent prévenir l'hémorrhagie. Le premier soin doit être de chercher à obtenir le repos complet d'esprit et de corps et souvent les opiacés seront utiles pour parvenir à ce but.

2° Le plus grand danger, menaçant à la fois la mère et l'enfant, est celui provenant de l'hémorrhagie ; c'est pourquoi on prendra toutes les mesures nécessaires pour provoquer un accouchement prématuré. Le travail étant commencé, il sera surveillé jusqu'à la fin par l'accoucheur.

3° Chez les primipares ou les multipares présentant des tissus trop rigides, le vagin sera distendu par les dilatateurs ou le tampon ; ce moyen aidera beaucoup à la dilatation du col.

4° Dans la majorité des cas et spécialement lorsqu'on juge que l'accouchement doit se faire sans tarder, il est plus prudent d'avoir recours au dilatateur hydrostatique de Barnès, qui, mieux que les parties fœtales, établit une pression *égale* et *continue.*

5° Lorsque l'insertion du placenta est latérale ou partielle, et lorsqu'il n'y a pas de motif d'activer l'accouchement, on peut pratiquer la version bipolaire, selon la méthode de Braxton Hicks, en tirant un pied au dehors et en laissant la cuisse dilater et fermer le col de l'utérus, sauf dans le cas où la tête se présente exactement au col ; alors :

6° On doit rompre les membranes, faire évacuer les eaux et tâcher d'engager la tête dans le canal cervico-vaginal.

7° Dans la majorité des cas, la version podalique est préférable à l'application du forceps dans le col utérin.

8° Quelquefois, en l'absence des aides ou des instruments nécessaires, le tamponnement vaginal complet, au moyen d'ouate, peut être appp1iqué et laissé en place jusqu'à ce qu'il soit expulsé par les

contractions utérines ou par les efforts volontaires de la mère, pourvu toutefois, que ce résultat ne se fasse pas attendre trop longtemps. En cas de présentation favorable — occiput ou siège — le tampon ne peut matériellement s'opposer à la descente de l'enfant et quelquefois le tampon, le placenta et l'enfant seront expulsés rapidement et sans danger.

9° Le danger de septicémie disparaît si l'on se sert de tampons et de dilatateurs bien propres.

10° Chaque fois que ce sera possible, la dilatation et la délivrance seront pratiquées afin d'éviter les déchirures du col.

Enfin, comme les cas de placenta prœvia offrent un danger spécial d'hémorragie *post-partum*, de septicémie, etc., les plus grands soins doivent être pris pour éloigner de la mère toute matière septique. Pour parvenir à ce but, nous n'employons, dans notre pratique des accouchements, qu'une propreté absolue, à l'exclusion de toute matière chimique.



165. — Emploi des pessaires, leurs indications ; méthodes pour leur application. — Le Dr Leake donne sur ce sujet les conclusions suivantes :

1° Il existe une grande différence de vue sur l'utilité des pessaires ; cependant, le gynécologiste qui s'est formé une opinion par une longue pratique ne se courbera pas facilement devant l'autorité de ceux qui rejettent ce moyen de traitement, peut-être avec trop de légèreté ;

2° Les symptômes classiques de la pression exercée par l'utérus, tels que la sensation de poids dans le bas-ventre, la douleur dans la région sacrée, les troubles de la vessie et du rectum, la difficulté et la douleur dans la locomotion, les tiraillements ressentis dans les hanches et l'abdomen, etc., combinés ou non avec des symptômes du côté de l'utérus, sont amendés par l'application convenable d'un pessaire. Ils doivent continuer à être regardés comme une indication d'appliquer cet instrument ;

3° Dans tous les cas d'anémie, d'accidents nerveux, d'hystérie, on peut accuser un déplacement des organes pelviens et on doit s'en assurer sur-le-champ ;

4° Dans l'application d'un pessaire, on doit faire attention à la mobilité naturelle de l'utérus et à la position normale qu'il doit occuper ;

5° Le pessaire de Hodge et ses modifications sont les instruments les plus scientifiques et les plus rationnels que nous possédions. On devrait en user à l'exclusion de tout autre ;

6° Contrairement à ce qui est généralement admis, la rétroflexion peut être redressée et maintenue par le pessaire à levier de traction convenablement ajusté ;

7° Les pessaires doivent être placés et maintenus, la femme se trouvant dans la position de Sims qui est la plus avantageuse pour cette opération.

8° Les pessaires employés comme moyens curatifs des déplacements utérins, n'ont pas donné des résultats satisfaisants, mais ils constituent de puissants palliatifs qui figureront avec avantage dans les statistiques futures.

***

166. — Traitement de la coqueluche.— Le Dr Michaël, de Hambourg, se basant sur l'opinion d'Haek, qu'il n'est pas invraisemblable que la coqueluche soit due à un réflexe partant du nez, a traité cette maladie en s'adressant au nez lui-même.

Il s'est servi d'insufflations de poudres médicamenteuses, comme la quinine, la quinine mélangée à l'acide benzoïque dans la proportion de 3 pour 1, au bromure de potassium dans la proportion de 1 pour 4, des poudres de benjoin, d'acide salicylique, d'iodoforme, de cocaïne et même de la poudre de marbre, cette dernière, principalement, dans le but d'essayer l'effet mécanique d'une poudre complètement inerte. Relativement à l'efficacité, il faut placer au premier rang la quinine et la poudre de résine de benjoin. Viennent ensuite le tannin et le marbre en poudre ; l'auteur a obtenu ses plus mauvais résultats avec l'acide salicylique, l'acide borique, l'iodoforme et la cocaïne. Comme poudre à insuffler, Michael recommande la poudre de résine de benjoin, que l'on doit préférer chez les enfants, à cause du goût, au sulfate de quinine. Chez les très jeunes enfants ou dans les cas très intenses, il faut préférer la quinine comme moyen plus doux. L'insufflation était répétée une fois toutes les vingt-quatre heures, au moyen d'un tube de verre ou d'un pulvérisateur.

Théoriquement, il résulte de ces effets que, dans la coqueluche, la muqueuse nasale est le siège propre de l'irritation et que la coqueluche, dans ces cas, représente un réflexe du nez.



167.— Traitement de la coqueluche par la cautérisation de l'ulcération sublinguale.— Le Dr Fay (de Dion) rapporte une observation d'un cas de ce genre guéri par la cautérisation de l'ulcération sublinguale. La petite fille et le petit garçon qui font le sujet de cette observation ont été guéris la première en cinq jours, le second en neuf jours.

Voici cette observation racontée par l'auteur. Le 7 juillet, la dame R..., qui m'est adressée par le bureau de bienfaisance de la commune de Dion, amène chez moi ses deux enfants atteints de la coqueluche : une fille et un garçon jumeaux.

La fille est atteinte de la coqueluche depuis un mois ; le garçon depuis huit jours seulement, mais, chez lui, la coqueluche se complique d'un épanchement pleurétique du côté droit.

Je constate chez les deux enfants l'existence de l'*ulcération sublinguale* que je cautérise au nitrate d'argent le 7 juillet. En outre, application d'un vésicatoire de 10 centimètres de diamètre sur le côté droit, chez le garçon.

Le 8, cautérisation de l'ulcération sublinguale chez les deux.

Le 10, même opération.

Le 11, la petite fille ne tousse plus, je la considère comme guérie, et, par précaution, je lui badigeonne l'intérieur de la bouche avec un linge trempé dans la mixture suivante :

Miel..................................	30 grammes.
Acide chlorhydrique......................	30 gouttes.

Je cautérise de nouveau le petit garçon au nitrate d'argent au lieu indiqué précédemment.

Le 12, absence de toux chez la petite fille. Chez le garçon, épistaxis répétés, le jour et la nuit.

Le 13, absence de toux chez la petite fille. Guérison confirmée de l'ulcération sublinguale. Le garçon a moins toussé la nuit ; les vomissements ont cessé complètement ainsi que les épistaxis.

Le 14, un mieux sensible se manifeste chez le petit garçon, il n'a eu que trois accès de toux.

Le 15, le petit garçon ne tousse plus. L'ulcération sublinguale et le piqueté de la muqueuse tendent à disparaître.

Le 16, l'enfant, qui ne tousse plus, entre en convalescence.



168.— Crayons d'iodoforme dans l'utérus puerpéral.— Le D[r] Ehrendorfer qui préconise ces crayons les emploie de la manière suivante : Après la délivrance, la cavité utérine est irriguée avec une solution à 2 % d'acide phénique, et alors, aussitôt que l'utérus se contracte bien, on fait pénétrer un de ces crayons dans l'orifice interne. Le médicament désinfecte non seulement la cavité utérine, mais aussi il coule à travers le vagin, mélangé à la secrétion de l'utérus. Il baigne et désinfecte les plaies qui existent toujours dans ce canal après tout travail.

Le traitement intra-utérin est simplifié par l'emploi du crayon à l'iodoforme, et l'expérience a prouvé qu'il est sûr et actif. On a employé ces crayons dans les cas où il y a eu une intervention opératoire, placentas adhérents et enfermés, membranes putréfiées, etc , en résumé dans les cas où la septicémie allait apparaître ou bien dans ceux où elle existait.

La formule de ces crayons est la suivante :

Iodoforme pulvérisé..................	20 g.
Gomme arabique.....................	àà 2 gr.
Glycérine...........................	
Amidon..............................	

Pour faire 3 crayons ayant environ une longueur de six centimètres.



169.— Digestibilité des aliments.— Les fonctions digestives se trouvent très fréquemment troublées dans le cours d'une affection utérine. En dehors du traitement local, le praticien est appelé à formuler un régime à suivre. Il nous semble intéressant de donner ici l'échelle de digestibilité des aliments que Leube a établie en examinant le contenu de l'estomac au moyen de la sonde.

Après sept heures, et lorsqu'il n'y a pas eu d'excès, un estomac qui fonctionne normalement est débarrassé de toute la nourriture ingérée. Plus les aliments sont faciles à digérer et plus l'estomac se vide rapidement. Cette échelle, sujette d'ailleurs à des exceptions individuelles, comprend 4 degrés, en allant des aliments les plus digestibles aux moins digestibles.

Premier degré. — Le bouillon, le jus de viande, le lait (s'il est bien supporté), les œufs crus ou mollets, biscuits sans sucre ou cakes anglais.

Deuxième degré. — Cervelle de veau bouillie, ris de veau bouilli, poulet bouilli, pigeon bouilli, (les animaux doivent être jeunes et on ne doit pas manger la peau), pieds de veau bouillis, bouillie, tapioca.

Troisième degré. — Bœuf cru ou superficiellement cuit, jambon cru râpé, purée de pommes de terre, pain blanc, pas trop frais, café au lait avec pain.

Quatrième degré. — Poulet rôti, pigeon rôti, chevreuil rôti, perdrix rôtie, rosbif, surtout froid, rôti de veau, brochet ; les truites et le lièvre sont de digestion difficile, ne pas en user ; macaroni, bouillon au riz, vin en petite quantité, car il ralentit la digestion ; les sauces doivent être proscrites, l'épinard bien haché.

Après ce quatrième degré vient le régime ordinaire : viandes accommodées, salades, légumes, etc.



170. — Douche froide sur les pieds comme moyen anticongestif. — Ce genre de douche est un succédané de la douche générale ; elle agit comme elle, mais avec moins d'intensité.

Elle est indiquée pour décongestionner la matrice et par suite pour réprimer certaines métrorrhagies. C'est également un sédatif dans nombre de troubles nerveux, notamment dans la céphalalgie, la migraine et l'insomnie qui compliquent si fréquemment les affections utérines.

Ce genre de douche a été expérimenté par le Dr Caulet avec de l'eau à la température de 8 à 13 degrés. La hauteur de la chute d'eau était de 10 mètres ; l'orifice de l'écoulement 15 à 18 millimètres. La durée de la douche a varié d'une demi-minute à 1,2 et même 3 minutes.



171. — Forme nouvelle de la Potion de Rivière. — Voici une modification que le Dr Geneuil a proposée pour la potion de Rivière et qu'il conseille dans les vomissements ayant pour cause les douleurs gastralgiques, entéralgiques et hépatiques :

N° 1 Bicarbonate de potasse	4 gr.	
Chlorhydr. morphine	0 gr.	25 c.
Eau commune	95 gr.	
Eau de laurier cerise	5 gr.	
Ether sulfurique	0 gr.	50 c.
Sirop de fleurs d'oranger	30 gr.	

N° 2. Acide citrique	4 gr.	
Chlorhydr. de morphine	0 gr.	25 m.
Eau commune	95 gr.	
Eau de laurier cerise	5 gr.	
Ether sulfurique	0 gr.	50 c.
Sirop d'acide citrique aromatique au citron	30 gr.	

Prendre successivement toutes les cinq minutes une cuillerée de chacune des deux potions jusqu'à soulagement, en commençant par la potion n° 1. S'arrêter ensuite pour reprendre s'il y a lieu.

Dans les vomissements avec douleurs moins violentes, chez les sujets nerveux, l'auteur remplace les 5 centigr. de chlorhydr. de morphine par 10 centigr. de codéine.



172. — Prophylaxie obstétricale. — Robert Barius résume ainsi dans les règles suivantes la prophylaxie de l'obstétrique :

1. Tenir la porte fermée devant l'ennemi en maintenant l'utérus contracté.

2. Empêcher l'ennemi de se former et de s'accumuler, par l'irrigation du canal parturient avec des liquides antiseptiques.

3. Rejeter l'ennemi à mesure qu'il entre, c'est-à-dire maintenir en activité les organes excréteurs.

4. Garder la chambre de l'accouchée contre l'invasion des poisons étrangers. Ne pas permettre les visites. Surveiller les linges.

5. Fortifier l'accouchée contre les attaques de l'ennemi, en lui donnant une nourriture saine et suffisante.

6. Exclure toute perturbation émotionnelle. Défendre d'écrire des lettres.



173. — Lavement contre l'aménorrhée. — Elliotson pro-

pose contre cette affection l'emploi quotidien du lavement suivant :

Essence de térébenthine........	16 gr.
Décoction d'orge...............	500 gr.



174.— Emploi de la Yerba santa comme véhicule des préparations de quinine. — Il arrive très souvent au médecin dans la pratique courante de la gynécologie, de formuler le sulfate de quinine, le plus habituellement en cachet, de 10 centigrammes. C'est un médicament que nous prescrivons toujours à la suite d'une opération sur le col, (ignipuncture profonde, discission, etc.)

Quelques malades avalent difficilement quelquefois ces cachets, et si ceux-ci se déchirent, ils laissent dans la bouche une saveur amère des plus désagréables.

Pour masquer cette saveur amère des préparations de quinine, M. Hartz emploie un véhicule qu'il appelle « sirop correctif » et qui est composé de la façon suivante :

Extrait fluide aqueux d'yerba santa..	4 gr.
Sirop simple....................	30 —
Essence de citron.................	Q. S.
Chloroforme....................	1 —

Avec ce véhicule, on peut masquer l'amertume de 10 centigrammes de sulfate de quinine.



175. — Iodophénol dans la coqueluche. — Le docteur Rothe, d'Altenbourg, propose contre cette affection l'emploi du sirop suivant dont on donnera une cuillerée à café toutes les deux heures :

Acide phénique...........	ãã	0,05 centigr.
Alcool......................		
Teinture d'iode......... ...		V gouttes.
Eau de menthe............		50 gr.
Teinture de belladone.......		1 —
Sirop diacode.............		10 —

Au bout de quelque temps de l'emploi de ces médicaments, les

accès se réduisent à 4 ou 6 par 24 heures, et trois ou quatre semaines plus tard, il ne reste plus qu'un léger état catarrhal.



176. — La fève de cacao dans le traitement de la diarrhée chronique, principalement chez les enfants. — MM. Stasenclever et Michaels, qui ont étudié la question, ont reconnu que l'emploi des fèves de cacao sous forme de poudre de la fève légèrement torréfiée, mélangée avec une petite quantité de sucre et de lait bouilli, donne de très bons et de très rapides résultats dans les diarrhées chroniques des enfants. Le cacao (1-2 cuillerées à thé dans une petite tasse d'eau) est pris trois fois par jour, plus tard deux fois, quand l'amélioration s'est produite. Cette préparation, légèrement astringente, est acceptée très volontiers par les malades.

Ce remède fut employé chez 97 enfants et 5 adultes pendant cinq mois. Il n'y eut que 5 décès, et encore, par suite de complications.

L'effet de la préparation se montre déjà après un jour ; la durée du traitement jusqu'à guérison varie de un à huit jours.

Dans la gastro-entérite aiguë, cette préparation n'est pas utile.

La valeur nutritive de la préparation a également une certaine importance.



177. — Un cas de maladie de Graves guéri par le galvanisme. — Le Dr Leslie Phillips cite le cas suivant de goître exophthalmique traité avec succès par le galvanisme.

Il s'agit d'une jeune femme de constitution délicate, dont la santé, déjà faible, fut bientôt altérée après les fatigues d'un accouchement et d'un élevage. Peu à peu survinrent des céphalalgies réitérées, des vomissements, des troubles digestifs, des accès de palpitations se produisant nuit et jour, des insomnies presque complètes. Quand elle s'assoupissait, elle était bientôt réveillée par des palpitations qui duraient, sans répit, toute la journée, la plongeant dans une condition pitoyable et lui interdisant toute occupation. Elle était réduite à garder le lit ou à rester étendue sur un sofa, les moindres mouvements augmentant de suite les palpitations. Le pouls, en moyenne, battait de 160 à 180 fois à la minute. La région thyroïdienne était proémi-

nente. On la traita alternativement avec des purgatifs, la digitale, la belladone, le bromure de potassium, le fer, mais sans aucun bénéfice. On commença alors à mettre en œuvre l'électricité sous la forme de courants constants, à la dose de 7 milliampères avec le pôle positif sous l'oreille, au niveau du ganglion sympathique moyen, et le pôle négatif sur la région cardiaque.

A ce moment, la protusion du globe oculaire s'était ajoutée au tableau symptomatique. En même temps que l'électricité, on donna à l'intérieur du bromure de potassium et du fer, qu'on cessa bientôt. Les séances de galvanisme furent répétées journellement et l'amélioration ne tarda pas à se faire immédiatement sentir.

Après un mois de traitement, les palpitations nocturnes avaient disparu, il n'y en avait plus au réveil, et seulement de temps en temps pendant la journée.

Quelques jours plus tard le pouls était à 90. On continua les séances et on suspendit le bromure en espaçant les applications électriques tous les deux ou trois jours, pendant encore quelques semaines, au bout desquelles la malade quitta la ville et se maria. Pendant les dernières périodes du traitement, on alterna les courants continus avec les courants interrompus.



178. — De la bronchite des enfants en général, trachéite, trachéo-bronchite, bronchite aiguë simple, bronchite capillaire, broncho-pneumonie. — Voici la médication préconisée par M. J. Simon en pareil cas : lit, boissons chaudes alimentaires, lait avec du kirsch, café au lait, thé léger, potion stimulante alcoolique renfermant :

Eau-de-vie	15 à 20 grammes	
Malaga	40	—
Sirop d'éther	5 à 10	—

et quelquefois aussi, acétate d'ammoniaque 1 gramme, si les mucosités se détachent difficilement. Mais surtout, ni belladone, ni aconit.

Ventouses sèches (5, 10, 15, 20), répétées deux fois par jour, et même des vésicatoires volants si le mal progresse, vésicatoires de 4 à 5 centimètres de diamètre appliqués pendant trois heures seulement sur le côté qui paraît le plus frappé, en avant ou en arrière, et enlevés, alors même qu'ils n'ont pas pris au bout de ce temps, pour les

couvrir ensuite de cataplasmes, puis de vaseline et recouverts de ouate. Si la broncho-pneumonie dure un mois, on les renouvelle tous les cinq ou six jours.

Un peu de sulfate de quinine (20 à 25 centigrammes une à deux fois par jour dans du café ou de la confiture), contre le mouvement fébrile, peut rendre des services en régularisant le cœur chez des enfants au-dessus de deux ans.

Ajoutez à cela une bonne hygiène, une atmosphère chaude (20 degrès), mais non sèche, dans la chambre du malade, tels sont les moyens grâce auxquels nous pouvons obtenir la guérison dans la moitié des cas de broncho-pneumonie succédant à une bronchite intense.



179. — Traitement du tœnia par l'écorce de grenadier. — Le Dr de Vry, préconise le traitement suivant comme donnant de bons résultats contre le ténia.

On prend les écorces de la racine de grenadier et on les fait sécher; on les fait ensuite macérer à l'eau froide jusqu'à complet épuisement et on retire de la solution un extrait sec, rendu pulvérulent. Cet extrait doit être conservé dans un flacon bien bouché.

La dose est de 4 grammes en 8 paquets à prendre à jeun de quart d'heure en quart d'heure.

Ajouter au dernier paquet 10 centigrammes de calomel. Le tœnia ne tarde pas à faire hernie à la marge de l'anus. Il sort vivant, mais il est nécessaire que le malade le saisisse pour l'extraire entièrement.



180. — Traitement de la leucorrhée. — Le Dr Corral rapporte qu'il a obtenu d'excellents résultats dans le traitement de la leucorrhée par l'emploi du foie de soufre en injections.

La formule dont il se sert est la suivante :

Foie de soufre.	15 gr.
Décoction de feuilles de noyer	500 gr.

Faire six injections semblables par jour.

Au fur et à mesure que l'amélioration s'accentue, on diminue la dose de foie de soufre.



181. — Traitement de l'ovarite. — L'ovarite est une maladie de l'appareil sexuel de la femme, désespérante pour la malade et dont le traitement décourage le médecin par la médiocrité des résultats obtenus.

Le Dr Bigelow conseille, avant toute manœuvre, toute tentative faite directement sur l'appareil utéro-ovarien, de calmer d'abord les souffrances de la patiente. L'électricité, le repos absolu, le massage et une nourriture abondante ont une action réelle.

L'ergot de seigle associé au bromure de potassium, le chlorure d'or et de sodium, la médication altérante par l'emploi du mercure ne donnent que des résultats négatifs.

L'auteur, à l'instigation du Dr Murphy, a fait usage de suppositoires rectaux composés d'un quart de grain d'iodoforme combiné avec une petite quantité d'extrait alcoolique de belladone. La quantité employée était de trois suppositoires par jour. Dans trois cas, ce moyen lui a donné des résultats plus satisfaisants, et un espoir plus ferme de futur soulagement que tous les autres moyens connus jusqu'à ce jour. Il faut en outre s'abstenir de tous rapports conjugaux et observer une bonne hygiène et un régime diététique.



182. — Traitement de la dyspepsie nerveuse par la belladone. — Gallerani, conseille l'emploi de la belladone dans les troubles nerveux de l'estomac. Il a traité ainsi avec succès un cas de ce genre datant de deux années.

Il prescrivait deux centigrammes d'extrait de belladone en deux fois — une dose à prendre une heure avant le dîner pendant les trois premiers jours de traitement. Pendant les quatre derniers jours cette dose fut portée à 3 centigrammes dans les vingt-quatre heures.



183. — Emploi de la strychnine dans la paralysie infantile. — Le Dr Pétrou a fait usage, avec succès, de la strychnine chez deux enfants, l'un de 5 ans, l'autre de 6 ans, chez lesquels existait depuis trois ans une paralysie spinale. Chez le premier, qui avait en même temps une atrophie musculaire très prononcée et pour le-

quel le massage, l'électricité, etc., étaient restés sans résultat, on fit usage de sulfate de strychnine à la dose de deux pilules par jour de 1/2 milligramme chaque. En cinquante jours la guérison était complète.

Le second enfant, qui se trouvait dans un état analogue à celui du premier, fut soumis au même traitement. La guérison fut obtenue après soixante-six jours de traitement.



184.— Gastralgie en rapport avec la métrite. — Les affections de l'appareil utéro-ovarien et plus particulièrement la métrite déterminent fréquemment chez les malades une dyspepsie très douloureuse, une véritable gastralgie.

M. Chéron conseille l'emploi de la potion suivante, qui lui a donné dans la majorité des cas, un succès rapide et complet :

Teinture d'aconit.	1 gr.
Bromure potassique.	4 gr.
Chlorhydrate de morphine.	0,02 centgr.
Eau distillée.	60 gr.

A prendre par cuillerées à café.



185. — Ménorrhagies consécutives à la périmétrite chez les lymphatiques. — Dans le cas de ménorrhagies que l'on observe encore fréquemment chez les jeunes filles, dans celles dites idiopathiques qui sont plutôt liées à un trouble général de l'organisme, M. Chéron obtient de bons résultats par l'emploi du sirop suivant qu'il prescrit à la dose de deux à six cuillerées à café par jour.

Iodure potassique.	6 gr.
Teinture de Valériane.	10 gr.
Teinture de Castoreum.	2 gr.
Bromure d'Ammonium.	2 gr.
Bromure de Sodium.	2 gr.
Bromure de Potassium	2 gr.
Teinture d'oranges.	4 gr.

Teinture de Séné................	5 gr.
Teinture de Scammonée...........	5 gr.
Teinture de Jalap................	5 gr.
Sirop d'Ecorce d'oranges amères	850 gr.



186. — Constipation des bébés. — Dans les cas de constipation chez les jeunes enfants, le Dr Condie conseille l'emploi des paquets suivants qu'il administre à la dose d'un paquet toutes les trois heures.

Magnésie calcinée......................	2 gr.
Extrait de jusquiame..................	0,20 centigr.
Poudre d'ipéca..........................	0,15 centigr.

Pour 12 paquets.



187. — Traitement des métrorrhagies. — Dans une communication faite par M. Brame (de Tours) à la Société de thérapeutique, voici ce que l'auteur propose dans les cas de métrorrhagies :

Lorsqu'il n'y a pas contradiction, par une affection du vagin ou de l'utérus, les moyens les plus puissants pour combattre les métrorrhagies sont les injections hydralcooliques de tannin, de chlorure de fer et de sulfocyanure de fer.

Dans beaucoup de cas, l'injection hydralcoolique de tannin suffit; mais on la concentre plus ou moins, suivant l'abondance ou la durée de la métrorrhagie. Si, malgré les injections de tannin, la métrorrhagie tarde à s'arrêter, on a recours aux injections de chlorure ferrique ; ces injections doivent être également hydralcooliques. Enfin, pour hâter l'action de ces dernières, on peut les alterner avec des injections de sulfocyanure ferrique qui, comme les autres, auront pour excipient l'alcool à 95 degrés, plus ou mois étendu d'eau.

Il est clair que ces diverses injections ne doivent pas être employées lorsque la métrorrhagie a pour cause la métrite, le cancer ou *l'épithélioma* de l'utérus.

Dans les métrorrhagies abondantes de l'âge critique, il faut d'abord avoir recours à une solution hydralcoolique de tannin assez concentrée et, lorsque l'hémorrhagie a un peu diminué, employer immédiatement des injections hydralcooliques de sulfocyanure ferrique.

Le traitement général a pour but de combattre l'affaiblissement que cause la métrorrhagie. Nourriture analeptique, poudre de viande ou jus de viande crue, étendu d'eau, sucré et aromatisé ; vins généreux, vin de coca, alternant avec du vin de kina au malaga ; bon café noir une fois par jour, tels sont les moyens, comptant parmi les meilleurs, pour soutenir les forces qui, dans la métrorrhagie, se dépriment facilement.

De plus, la malade gardera un repos absolu ; elle sera frictionnée matin et soir, avec une brosse douce, qu'on promènera sur tout le corps. A ces frictions on fera succéder des frictions avec une flanelle imbibée d'alcool à 95 degrés, contenant un peu de thymol.

Lorsque la métrorrhagie détermine des affections de l'estomac, qui d'ailleurs s'étendent plus ou moins au tube digestif, comme la dyspepsie, la gastralgie, la gastro-entéralgie, on les combat par un mélange de vin de gentiane et de vin d'écorces d'oranges amères, préparé au malaga et additionnée de pepsine ; on en ordonnera un verre à bordeaux à chaque repas.

FORMULAIRE

L'anémone pulsatille dans l'ovarite (J. CHÉRON).

Au mois d'août 1884, je publiais dans la *Revue méd.-chirurg. des maladies des femmes* une note, sous le titre suivant : « Aperçu physiologique et thérapeutique sur l'anémone pulsatille, sa valeur dans le traitement des affections utérines (aménorrhée et dysménorrhée symptomatiques) ».

Aujourd'hui c'est l'application de la pulsatille au traitement de l'ovarite, sur laquelle je compte appeler l'attention.

D'après mes premières observations, la pulsatille agirait, plus particulièrement, sur l'appareil musculo-érecteur du mésoarium et du mésométrium dont il déterminerait la contraction, ce qui permettrait d'expliquer son mode d'action dans l'aménorrhée et dans la dysménorrhée. Mais s'il s'agit de comprendre sa manière d'agir dans l'ovarite, il faut invoquer la décongestion qui résulte du retour des règles ou de leur apparition prématurée.

C'est en prenant communication du travail du Dr Martel, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo, sur le traitement de l'orchite aiguë

par la teinture d'anémone pulsatille (1) que l'idée m'est venue de faire l'application de cette plante au traitement de l'ovarite. J'ai bientôt reconnu l'action vraiment analgésique de la pulsatille, qui, dans les cas d'ovarite aiguë, aussi bien que dans les cas d'ovarite chronique a amené, en 48 heures au plus tard, la sédation de la douleur.

Dans un cas d'ovarite chronique très douloureuse, notamment, j'ai constaté la disparition de la douleur en huit jours (elle datait de deux ans et demi) et j'ai pu suivre, en même temps, la diminution de volume de l'ovaire droit qui était, au début du traitement, gros comme un œuf et très accessible au toucher vaginal.

La diminution de volume résulte, sans aucun doute, de la cessation de la douleur. La pulsatille agit, dans ce cas, comme les applications sédatives ou les applications de pointes de feu sur la région lombo-sacrée; on comprend l'intérêt qu'il peut y avoir à employer ces moyens-là et la pulsatille concurremment.

J'ai employé indifféremment, l'extrait alcoolique ou la teinture :

1° Extrait alcoolique de pulsatille. . . 0,40 centig.
en 40 pilules
En prendre 5 à 10 par jour.

2° Teinture d'anémone pulsatille. . . . . 80 gouttes
Sirop d'écorces d'oranges amères. . . . 150 gr.

Prendre 3 à 6 cuillerées à café par jour. C'est-à-dire 12 à 24 gouttes.

3° J'emploie aussi la pommade suivante en onctions douces sur la région ovarienne :

Extrait alcoolique de pulsatille. . . . . . . 2 gr.
Axonge. . . . . 60 gr.

Il importe de faire remarquer l'analogie d'action qui existe entre l'aconit et la pulsatille, ces deux plantes entre lesquelles il y a déjà une grande affinité botanique. La pulsatille, dans la sphère des organes génitaux, semble jouir de propriétés analgésiques mieux définies et plus fidèles que celle de l'aconit.

(1) 16 février 1885. *Bull. de thérapeutique.*

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

LA GYNÉCOLOGIE AU CONGRÈS DE NANCY.

L'Association française pour l'avancement des sciences a tenu, cette année, ses séances dans la ville de Nancy, sous la présidence de M. Friedel.

La section des sciences médicales a reçu plusieurs communications sur des sujets de gynécologie pratique ; nous allons en donner brièvement le compte rendu à nos lecteurs.

I. Nous passons rapidement sur la communication de M. Gentilhomme (de Reims), qui a parlé des excellents effets que produit le fer rouge dans le traitement des maladies inflammatoires de l'utérus.

Cette question n'est pas, en effet, d'une actualité saisissante et l'auteur n'a pas apporté beaucoup de documents nouveaux, ni au point de vue du manuel opératoire, ni au point de vue des indications et des contre-indications.

L'ignipuncture est du reste bien connue des lecteurs de la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes* (1), qui savent dans quelle voie nouvelle elle est entrée sous l'impulsion de

(1) Voyez notamment :
M. *Gonzalès*, Indications et Contre-Indications de l'Ignipuncture du Col de l'Utérus (sept. à nov. 1884), et *Jules Batuaud*, De l'Ignipuncture profonde du Col de l'Utérus (janvier 1886).

notre savant maître M. le Dr Chéron qui a démontré les résultats remarquables qu'on en peut obtenir dans le traitement des métrites parenchymateuses, pour l'ablation des ectropions, pour la destruction des allongements hypertrophiques du col, etc., etc.

La substitution au cautère actuel du thermo-cautère et du galvano-cautère, les indications du mode d'action spécial à ces divers agents, la supériorité des flèches ignées, petites, nombreuses et profondes sur les cautérisations superficielles, etc., tels sont les points qui méritaient d'être discutés dans un congrès scientifique et sur lesquels nous aurions été heureux d'avoir l'appréciation personnelle de M. Gentilhomme. Nous craignons fort que, ayant voulu rester dans les généralités, il se soit borné à prêcher des convertis.

II. M. Pamard (d'Avignon) a rapporté une observation intéressante d'épithélioma traité avec un plein succès par l'amputation galvano-caustique du col.

Il s'agit d'une malade de 29 ans, n'ayant jamais eu d'enfants, d'une bonne constitution, sans antécédents personnels et héréditaires dignes d'être notés qui avait été prise depuis quelques mois d'accidents divers dus à une dégénérescence cancéreuse de la partie inférieure du col. M. Pamard fit, en février 1884, l'amputation aussi haut que possible, au moyen de l'anse galvano caustique. L'opération terminée, il s'aperçut qu'il avait ouvert le cul-de-sac postérieur du vagin sur une étendue de 1 cent. 1/2, et pratiqua, non sans de grandes difficultés, la suture avec le moignon utérin. On fit ensuite des pansements iodoformés et la malade guérit sans accidents.

L'auteur a dernièrement revu son opérée. Depuis 2 ans 1/2 il ne s'est pas produit la moindre trace de récidive ; le fond du vagin est lisse et présente un petit pertuis donnant issue aux mucosités que sécrètent les glandes utérines.

Les faits de cette nature sont utiles à connaître ; ils ne sont pas très rares et montrent qu'on peut souvent, par des méthodes inoffensives, prolonger l'existence des malades aussi longtemps qu'avec l'hystérectomie, dont la mortalité opératoire est encore

assez élevée pour faire hésiter un grand nombre de praticiens.

Tout dernièrement nous avons eu l'occasion de voir à Saint-Lazare, une malade à laquelle M. le Dr Chéron avait pratiqué, en 1881, l'amputation du col suivie d'un évidement au bistouri, pour un épithélioma qui avait atteint jusqu'à l'orifice interne. Malgré l'époque un peu tardive de l'opération, le résultat fut très satisfaisant, puisque la récidive n'est survenue que cinq ans environ après l'intervention.

III. Le Dr Landowski (de Paris) a fait une courte communication sur le traitement local de la dysménorrhée membraneuse.

Bien que cette affection résulte d'une diathèse ou d'un état cachectique, dans la majorité des cas, elle peut cependant atteindre, d'après ses observations personnelles, les femmes et les jeunes filles en plein état de santé.

Sans nier l'importance du traitement général, M. Landowski croit qu'on ne doit pas négliger l'intervention locale et, depuis quelque temps, il a obtenu de véritables succès par l'application de l'électro-cautère à la surface endométrique.

Le cautère électrique chauffé au rouge sombre est porté dans la cavité utérine après dilatation *plus que suffisante* des orifices interne et externe. La malade doit garder le lit pendant une huitaine. Le moment d'élection pour l'opération est cinq ou six jours après la cessation des règles.

Le conseil de M. Landowski est rationnel et mérite d'être suivi surtout dans les cas de dysménorrhée en rapport avec la variété d'endométrite dénommée endométrite exfoliatrice.

Il y a bien des années que M. Trouvé a imaginé les cautères électriques qui sont entre les mains de tous les gynécologistes bien outillés et dont tous ont apprécié les excellents effets dans certains cas bien déterminés. Spiegelberg s'est fait, à l'étranger, l'un des défenseurs les plus convaincus de cette méthode et a cherché à étendre à tous les cas d'endométrite l'emploi du cautère galvanique en porcelaine. Nous devons ajouter néanmoins que l'accord n'est pas absolument fait sur cette question et que plu-

sieurs auteurs, Schrœder en particulier, ne croient pas ce procédé absolument exempt de danger.

IV. — La communication de M. Apostoli a pour but de vanter le *traitement de l'endométrite par la galvano-caustique chimique intra-utérine.*

Après avoir rappelé que la thérapeutique intra-utérine s'affirme de plus en plus et avoir expliqué très bien les raisons de cette tendance heureuse de la gynécologie moderne, il célèbre la supériorité du traitement galvano-chimique sur les injections et cautérisations intra-utérines et sur le raclage avec les diverses curettes.

L'outillage indispensable pour mener à bien l'opération préconisée par l'habile électricien se compose essentiellement :

1° D'un galvanomètre médical d'intensité, divisé en milliampères et gradué jusqu'à 200.

2° D'une pile constante et d'assez grand volume (30 éléments du modèle Leclanché suffisent pour obtenir les 200 milliampères en question).

3° D'un excitateur intra-utérin en platine, substance inattaquable par les acides, assez long pour atteindre le fond de l'utérus, muni d'un tube en celluloïd pour garantir le vagin.

4° D'un électrode en terre glaise, préconisé par l'auteur en 1882 et que l'on applique sur le ventre.

5° De réophores longs et souples.

Le manuel opératoire peut être résumé de la façon suivante :

Injection vaginale antiseptique. — Placement du pôle abdominal en terre glaise. — Introduction de l'excitateur utérin flambé et désinfecté et isolé du vagin et de la vulve. — Mettre l'excitateur en rapport avec le *pôle positif dans les formes hémorrhagiques* et avec le *pôle négatif dans tous les autres cas.* — En deux ou trois séances, de 5 à 10 minutes de durée chacune, espacées de un à sept jours, on devra élever progressivement l'intensité et *atteindre dans la plupart des cas* 100, 150 *et au besoin* 200 *milliampères.* — Injections vaginales antiseptiques. — Repos pendant au moins quelques heures après chaque électrisation.

M. Apostoli conclut : « Ce traitement simple et inoffensif, véritable hystérométrie thérapeutique, n'est autre chose qu'un raclage moléculaire galvano chimique, acide ou basique, suivant les cas, qui provoque la formation d'une nouvelle muqueuse et constitue une sorte d'exutoire intra-utérin dont on peut à volonté prolonger et varier l'action. Son effet bienfaisant ne tarde pas à se faire sentir dès les premières séances pour s'accentuer ensuite rapidement et conduire bientôt la femme à la guérison. Il ne condamne la femme à aucun repos forcé et ne *réclame aucun traitement additionnel* ; il a sur le raclage chirurgical l'avantage de pouvoir être dosé, localisé, de n'être jamais instantané et de pouvoir être administré à doses réfractées qui s'accumulent sans danger et au gré de l'opérateur. » (*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale* du 1er septembre 1886.)

Il nous est difficile d'accepter complètement à priori les idées de l'auteur. Deux points surtout nous semblent sujets à discussion, et tout d'abord l'intensité énorme et insolite du courant employé par le Dr Apostoli : malgré l'emploi de la terre glaise, nous serions effrayés de soumettre l'utérus à l'action d'un courant galvanique de 200 milliampères, alors que la limite classique est d'une vingtaine de milliampères. En tout cas, et même en acceptant la supériorité de la galvano-caustique chimique sur le raclage chirurgical, — ce dont nous ne sommes pas absolument persuadés — nous pensons que les autres méthodes de traitement ne devraient pas être systématiquement écartées et qu'il serait bon de lui adjoindre les lavages intra-utérins antiseptiques avec le catéther de Bozeman, les cautérisations de teinture d'iode dans la cavité utérine et sur le col, les scarifications répétées, la dilatation, les injections vaginales et même les simples pansements du col avec de la glycérine pure ou médicamenteuse.

J. B.

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE.

Service de M. le Dr CHÉRON

Leçon recueillie par M. JULES BATUAUD, interne du service.

TROIS CAS D'AMPUTATION DU COL DE L'UTÉRUS.

Messieurs,

Le hasard a réuni dans nos salles trois cas d'amputation du col, et c'est de cette opération que je tiens à vous entretenir aujourd'hui.

Sur les trois cas auxquels je fais allusion, deux ont trait à des épithéliomas, le troisième à un allongement hypertrophique du col dû à des poussées successives d'ectropions du col utérin; c'est un exemple très instructif de l'importance souvent méconnue du travail pathologique dont l'endométrite cervicale est le point de départ et que j'ai proposé de dénommer *évolution morbide de la muqueuse du canal cervical.*

Aussi bien, si je voulais m'appuyer sur les recherches de Breisky et d'autres observateurs modernes, je pourrais dire que l'épithélioma lui-même a des connexions intimes avec l'ectropion et par suite avec l'endométrite cervicale ; de cette façon vous verriez que nos trois malades peuvent être à bon droit rapprochées les unes des autres dans cette leçon et cela non seulement à cause du traitement qui leur est applicable, mais aussi à cause de la communauté d'origine des lésions qui nécessitent cette intervention.

I. — Notre première malade, Marie-Désirée Nieth..., couchée salle 6, n° 10, est actuellement âgée de 41 ans.

Réglée à 12 ans, régulièrement, 3 à 4 jours à chaque époque, déflorée à 18 ans, elle a eu trois grossesses qui toutes se sont terminées à 7 mois ; le dernier accouchement remonte à une dizaine d'années et après chacun d'eux elle n'a gardé le lit que pendant 7 à 8 jours.

C'étaient d'excellentes conditions pour entraver l'involution utérine et, en effet, elle est venue à plusieurs reprises dans notre service pour des ulcérations du col, pour des accidents vénériens, etc., etc.

Je passe rapidement sur ces antécédents, me permettant cependant de souligner l'existence antérieure d'ulcérations du col, et j'arrive à l'année 1881. Au mois de novembre de cette année, elle est entrée dans nos salles et y a fait un long séjour. Elle avait alors des métrorrhagies abondantes, des pertes rousseâtres plutôt que sanguines, très fétides, continues, s'accompagnant de crises de douleurs dans les reins et dans le ventre, crises atroces la privant presque complètement de sommeil.

L'examen local prouva que ces symptômes étaient sous la dépendance d'un épithélioma. En effet, au toucher il était facile de constater l'existence d'un col entr'ouvert et d'une muqueuse cervicale dure et bosselée donnant au doigt la sensation d'une surface framboisée. Culs-de-sac libres ; col allongé, mesurant 4 cent. 1/2, volumineux, violacé, renversement des lèvres du col, ectropion double d'un rouge vineux, présentant à l'œil cette surface framboisée, dure et bosselée constatée au toucher.

L'épithélium est enlevé sur la plus grande partie de la lésion qui occupe, principalement, la lèvre postérieure.

Un écoulement fétide, puro-sanguinolent, baigne le col et inonde les culs-de-sac vaginaux.

Pour remédier à cet état de choses je pratiquai alors l'amputation du col dans sa partie vaginale, à l'aide de l'anse galvanocaustique à double chef que j'ai imaginée en 1870 et dont je vous parlerai bientôt. L'opération se fit très facilement, mais je m'aperçus bientôt que la section avait porté, au niveau du canal cervical, sur des parties malades, et je dus compléter l'amputation par un évidement en forme d'entonnoir, pénétrant jusqu'à l'o-

rifice interne du col et que je fis à l'aide du bistouri. Nieth... resta plusieurs mois en observation et son état, aussi bien local que général, était très satisfaisant lorsque je lui donnai son exeat vers le mois de mai 1882.

Quatre ans après (mai 1886) cette malade, dont je n'avais plus de nouvelles et qui, je le craignais, avait dû succomber à une récidive plus ou moins prompte, est de nouveau soumise à nos soins. *Depuis quatre à cinq mois seulement*, nous dit-elle, elle a été reprise des mêmes accidents pour lesquels je l'avais opérée : douleurs, pertes tachant le linge en rose, d'une odeur infecte appréciable à distance ; tous les quinze jours elle est obligée de prendre le lit pour des métrorrhagies très abondantes, au point que les draps sont rapidement traversés par le sang. Elle a beaucoup maigri, n'a plus de forces, son teint est devenu jaune, elle a perdu l'appétit, en un mot, elle présente tous les attributs de la cachexie cancéreuse.

Au toucher, on ne trouve autour des culs-de-sac, qui sont libres, qu'une bande annulaire de 1/2 centimètre environ, représentant ce qui reste du col amputé et évidé. Le doigt pénètre facilement jusqu'à l'isthme dans un entonnoir à bords durs par places, mollasses et comme fongueux, dans d'autres points ; il ramène du sang, du pus et des débris de tissu gangrené que la malade dénomme « de la raclure de chair », le tout d'une extrême fétidité, pénétrante et tenace.

Le spéculum confirme les données du toucher vaginal : il s'agit d'une vaste ulcération à surface bosselée, couverte de pus et de sang, à fond sanieux et grisâtre. L'ouverture de la cavité utérine ne peut être trouvée au catéthérisme.

Il s'agit évidemment là d'une récidive et d'une récidive inopérable d'épithélioma. Tout ce que nous pouvons faire, c'est de combattre les hémorrhagies par des injections vaginales au perchlorure de fer, de désinfecter le vagin par des injections phéniquées, de relever et tonifier autant que possible la malade par l'alimentation, le thuya à l'intérieur, etc., etc.

Je n'insiste pas davantage ; mais j'appelle, en terminant, votre attention sur ce fait important, à savoir que, par une opération

bénigne et d'une exécution relativement facile,—l'amputation du col—suivie, il est vrai, d'un évidement au bistouri, nous avons pu rendre la santé à cette pauvre femme pendant plus de trois ans. Voilà quatre années qu'elle a été opérée ; combien de temps a-t-elle encore à vivre ? Je ne saurais le dire. Néanmoins le résultat obtenu est assez satisfaisant pour nous engager à suivre la même pratique, tant que l'hystérectomie ne sera pas sortie de la période d'essais—de plus en plus encourageants, je le reconnais volontiers,— qu'elle traverse actuellement.

II.— C'est ce que nous avons fait pour Marie Les..., entrée le 20 avril dernier dans notre service et couchée au lit n° 8 de la salle 7.

Agée actuellement de 40 ans, elle a été réglée à 11 ans, toujours régulièrement, sans douleurs, 4 à 5 jours chaque fois. Déflorée à 15 ans, elle a eu trois enfants à terme, le dernier en 1867. Les deux premiers accouchements ont été faciles et naturels ; elle n'avait pris que neuf jours de repos au lit, mais son troisième accouchement nécessita l'emploi du forceps ; elle eut des suites de couches pathologiques et fit un court séjour au Vésinet.

Malgré cela, sa santé a été bonne jusque dans ces derniers mois (il est impossible de lui faire dire avec quelque précision la date du début de l'affection actuelle). Elle a maigri, a perdu un peu de ses forces ; néanmoins l'appétit est resté assez bon, elle digère bien et n'a pas de ces douleurs vives, de ces crises dont se plaignait tant Nieth... Ce qui l'inquiète surtout, ce sont des pertes d'une odeur forte, très désagréable, et très abondantes. Depuis le 8 avril, elle est « continuellement dans le sang».

L'examen local nous a permis de reconnaître par le toucher un col très hypertrophié, surtout aux dépens de sa lèvre antérieure, dur, bosselé ou plutôt recouvert d'aspérités multiples et de dépressions mollasses et saignantes. Le spéculum bivalve est d'une application difficile chez cette malade et détermine chaque fois une hémorrhagie assez sérieuse.

Il n'en est plus de même avec le nouveau *spéculum à crémail-*

lère et à valves inégales que je viens de faire construire par M. Collin.

Au moment de l'introduction, en effet, la valve antérieure est bien plus courte que la valve postérieure, comme dans le spéculum de M. Guérin, ce qui permet de ne pas froisser la tumeur développée surtout dans la partie antérieure du col, ainsi que je vous le disais à l'instant. Mais, grâce à l'obliquité de la crémaillère, une fois l'obstacle franchi, la valve antérieure se trouve repoussée en arrière et peut ainsi embrasser complètement le col. Vous voyez, Messieurs, que je puis appliquer mon spéculum sans produire d'hémorrhagie et que la partie vaginale de l'utérus s'offre complètement à vous et d'une façon très nette, la largeur des valves donnant une réflexion très vive de la lumière.

La tumeur apparaît ainsi sous la forme d'une languette à surface granuleuse, friable, recouverte d'aspérités, mesurant environ 4 centimètres de longueur sur 3 centimètres de hauteur à la base et un centimètre environ à la pointe.

Le catéthérisme est impossible et on ne peut trouver l'orifice externe.

Avant d'opérer la malade, nous l'avons soumise aux injections d'eau chloroformée et aux injections de perchlorure de fer qui ont en partie arrêté l'hémorrhagie. Pendant ce temps, nous avons augmenté, dans la mesure du possible, les forces de cette pauvre femme, par l'alimentation et les toniques (potion de Todd à l'extrait mou de quinquina, etc.), afin de la préparer à l'opération.

C'est le 30 juin 1886 que nous avons pratiqué l'amputation du col au moyen de l'anse galvano-caustique actionnée par les accumulateurs.

L'opération a été rapidement terminée, suivie d'un lavage prolongé avec de l'eau phéniquée et d'un pansement à la gaze iodoformée. La malade n'a pas eu le moindre accident et les deux mois derniers (juillet et août) se sont passés sans hémorrhagies, sans pertes blanches, sans douleurs.

Le teint est meilleur qu'autrefois, l'appétit est excellent, les forces se maintiennent et la malade nous demande à sortir.

Cependant, je crois qu'il est de son intérêt de rester encore quelques mois dans nos salles et, mû par des considérations pathogéniques sur lesquelles je n'ai malheureusement pas le temps d'insister, voulant retarder autant que possible la récidive en diminuant la nutrition de l'utérus, je la soumets depuis une semaine à des irrigations vaginales tièdes d'eau phéniquée prolongées pendant quatre heures par jour. On peut obtenir ce résultat, sans grandes fatigues pour le sujet, en utilisant l'excellent appareil d'Audouin (d'Angoulême), dont je ne saurais trop vous recommander l'emploi dans les cas où les irrigations prolongées sont indiquées. Vous voyez cet instrument très commode, d'une simplicité aussi grande que possible, et vous connaissez la manière de s'en servir.

Aussi, je passe rapidement à notre troisième malade.

III. — Pauline Maf.., âgée de 26 ans, est couchée à la salle 7, lit nº 4, depuis le 16 août dernier.

Réglée à 12 ans, régulièrement, sans douleurs, elle a toujours eu des pertes blanches dans la période intercalaire. Déflorée à 18 ans elle dit n'avoir jamais eu ni enfants ni fausses couches et cependant elle a la *ligne brune* très marquée. Est-ce une raison pour l'accuser de dissimulation ? Non, messieurs, car la pigmentation de la ligne blanche existe souvent en dehors de toute grossesse, comme j'ai souvent eu l'occasion de le noter dans ce service ; en outre elle a, comme je vais vous le dire bientôt, une forme spéciale du col qui entraîne le plus souvent la stérilité ; raison de plus pour accepter le dire de Maf...

Les troubles de la santé générale n'offrent ici rien de particulier et j'arrive immédiatement à l'état local.

Rien au palper abdominal.

Par le toucher vaginal on trouve un col descendant très bas dans le vagin, conique, déchiré des deux côtés, avec ectropion de la lèvre antérieure molle, hypertrophiée et divisée en 3 lobes inégaux.

L'hystéromètre conduit sur le doigt au fond du cul-de-sac postérieur et saisi au niveau de l'orifice du col donne 6 cent. 1/2.

A l'examen bi-manuel on découvre seulement un petit noyau gros comme une noisette au niveau du ligament large droit.

Le spéculum montre un col assez gros, recouvert d'un ectropion récent et saignant facilement, surtout sur la lèvre antérieure. Sur les deux lèvres, fait sur lequel j'attire spécialement votre attention, on voit des zones concentriques, superposées les unes aux autres ; ce sont des traces d'ectropions anciens qui se sont recouverts d'épithélium pavimenteux, ce qui les rend difficiles à reconnaître pour un observateur inattentif; ils se sont succédé les uns sur les autres, formant ainsi des couches successives de tissu ectropié et ont fini par allonger ainsi considérablement la longueur normale du col. L'allongement hypertrophique de la portion vaginale du col, en écartant, bien entendu, les cas congénitaux, ne reconnaît pas d'autre origine, et c'est l'un des stades terminaux de l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical.

Si cette théorie est vraie, nous devons trouver de l'endométrite, et, en effet, l'utérus est le siège d'un catarrhe très abondant ; le catéthérisme vous montre que le canal cervical est boursouflé, saigne très facilement, est d'une grande sensibilité. Il n'y a pas de valvules proprement dites, ce qui prouve que l'évolution subit un temps d'arrêt. Nous n'arrivons à sentir la résistance spéciale de l'orifice interne qu'à 7 cent. 1/4 et la totalité de la matrice mesure environ 10 centimètres, avec une légère rétro-version combinée avec de la latéro-version gauche.

La malade a été soumise à des scarifications, des pansements glycérinés. On a obtenu en une dizaine de jours la disparition du petit phlegmon du ligament large noté à l'entrée, grâce à des injections hypodermiques quotidiennes de sulfate et de phosphate de soude, si bien que, le 31 août, nous pouvions pratiquer sans danger l'amputation de la lèvre antérieure du col.

Cette opération seule est susceptible d'arrêter une évolution aussi ancienne de l'endométrite arrivée à sa dernière période et j'espère que Maf..., pourra bientôt nous quitter complètement et définitivement guérie.

Vous le voyez, messieurs, l'amputation du col est une opéra-

tion qu'on a assez fréquemment l'occasion de pratiquer, aussi devez-vous bien en connaître les indications, les contre-indications et le manuel opératoire.

Ce dernier spécialement a reçu, dans ces dernières années, des perfectionnements importants auxquels j'ai eu la bonne fortune de ne pas rester étranger.

Ce sera l'objet d'une de nos prochaines leçons.

DE LA PHLEGMASIE PÉRI-UTÉRINE BÉNIGNE (*)

Par le Dr BARANCY, ancien interne à St-Lazare.

(Suite et fin.)

—

OBSERVATION I.

Mme X., Américaine, âgée de 19 ans, s'est mariée il y a un an. Sa santé n'avait présenté aucune altération jusqu'à cette époque. La menstruation, ayant débuté il y a 12 ans, s'était toujours montrée normale. Immédiatement après le mariage, les deux jeunes époux se mirent en route pour l'Europe. C'est à ce moment que la malade commença à accuser quelques douleurs. Un médecin, consulté alors, prescrivit des scarifications du col, des pansements glycérinés et une saison à Luchon. Malgré ce traitement les douleurs abdominales s'accentuèrent de plus en plus. Les périodes menstruelles devinrent irrégulières et s'accompagnèrent de violentes coliques. Tantôt l'écoulement du sang était considérable, tantôt presque nul. C'est à la suite des dernières règles, qui n'avaient duré que deux jours et avaient été exceptionnellement douloureuses, que nous fûmes appelé auprès de Mme X... (20 novembre 1880). Malgré un peu de pâleur des téguments, l'aspect de la malade est bon. Elle se plaint de souffrances presque continuelles dans le bas-ventre et dans les lombes. Le moindre exercice la fatigue, quoique cependant elle ne se soit jamais arrêtée et continue à sortir.

L'exploration locale donne les résultats suivants. Le palper, nul-

(*) Voir la Revue, août 1884.

lement douloureux, ne fournit aucun renseignement. En recourant au toucher, on constate d'abord une augmentation de la température du vagin. Le col, un peu volumineux, pour une nullipare de 19 ans, n'est pas sensible à la pression, et de consistance normale. L'utérus est mobile et les mouvements communiqués ne provoquent aucune plainte chez la malade. Dans le cul-de-sac postérieur, il existe un peu d'empâtement et de sensibilité ; mais la lésion dominante consiste en une tumeur du volume d'une grosse mandarine, irrégulièrement arrondie, immobile, douloureuse à la pression, faisant saillie dans le cul-de-sac antérieur, en avant et un peu à droite de l'utérus, dont elle est indépendante. Les signes et les caractères decette masse inflammatoire nous font admettre qu'elle est située dans l'espace conjonctif sous-péritonéal antérieur.

A l'examen au spéculum, on ne trouve ni changement de couleur, ni érosions, ni ulcérations du col.

Traitement. — Bains de tilleul avec introduction d'un petit spéculum pendant toute la durée du bain. Pendant l'intervalle des bains, suppositoires vaginaux avec 0,20 centigr. d'extrait d'opium et 0,30 centigr. d'iodure de potassium ; enfin, badigeonnages des parois abdominales avec de la teinture d'iode. A partir du 29, nous appliquons tous les jours, pendant dix minutes, des courants induits faibles, un pôle étant placé sur la tumeur vaginale, et l'autre sur l'abdomen. En même temps nous pratiquons un léger massage de la tumeur.

Le 11 décembre, pendant l'époque cataméniale, la malade s'étant fatiguée et n'ayant pas gardé le lit, comme nous le lui avions prescrit, est prise de douleurs très vives, sans fièvre, ni vomissements. A ce moment le palper est un peu douloureux à gauche. Le toucher est très douloureux autour de l'utérus ; la tumeur a augmenté de volume. (Repos au lit, cataplasmes opiacés sur le ventre et lavements au chloral.)

Le 14. — L'état s'est beaucoup amélioré ; le toucher est moins douloureux, la tumeur a considérablement diminué.

Le 17. — L'amélioration s'est accentuée de plus en plus, et Mme X... n'a pas quitté sa chaise longue.

Les règles qui avaient cessé le 14, après avoir duré sept jours, abondantes, s'accompagnant de caillots, ont reparu le 15 et le 16. Le 17, on constate l'écoulement d'un peu de sang. Malgré la diminution de la sensibilité au toucher, nous n'appliquons pas d'électricité ce jour-là (Huile de foie de morue, deux cuillerées par jour au moment du repas, pansements vaginaux avec des tampons imbibés de glycérine iodurée).

Le 20. — Etat satisfaisant. Nouvelles applications d'électricité.

Le 22. — La malade est reprise de douleurs violentes accompagnées de nausées qui l'effraient beaucoup, ainsi que son entourage. Température normale, ballonnement du ventre, tympanisme. Nous apprenons que, malgré l'usage quotidien de lavements, il n'y a pas eu de selles depuis plusieurs jours. L'absence de fièvre et le peu de gravité apparente de l'état général nous font considérer cette crise comme uniquement due à la constipation et à la présence de gaz dans l'intestin. Cette hypothèse est confirmée le lendemain ; car tout a disparu, grâce à l'administration de 30 gram. d'huile de ricin. Le traitement par le massage et l'électrité est continué jusqu'au 7 janvier. A cette époque, l'amélioration est telle que Mme X... peut reprendre ses occupations habituelles. L'examen local nous permet de constater que la sensibitité dans les culs-de-sac a disparu. Il ne reste plus de la tumeur inflammatoire, observée au début, que deux petits nodules indurés, gros à peine comme une noisette. Pour compléter la guérison, au point de vue de l'état général, la malade est soumise à un traitement hydrothérapique pendant plusieurs semaines. Le 14 mars, nous pouvons assurer que Mme X... est en parfait état de santé et qu'il ne reste aucune trace des lésions qu'elle présentait il y a quelques mois. Nous avons su depuis que la guérison s'était maintenue d'une façon aussi satisfaisante que possible.

Observation II.

And... Françoise, 23 ans, domestique, entre le 9 juin 1885 à Saint-Lazare dans le service du Dr de Sinéty pour une uréthro-vaginite et des syphilides vulvaires.

Antécédents.— La malade ne présente pas d'antécédents stru-

meux. Réglée à l'âge de 15 ans, les époques menstruelles sont douloureuses ; avec la menstruation a coïncidé une grosseur du volume d'une noix, siègeant, dit-elle, dans le vagin, et qui a disparu au bout de quinze jours. A l'âge de 17 ans, elle a accouché d'un enfant à terme ; la malade a perdu beaucoup de sang. Chaque mois, l'écoulement menstruel est abondant ; il dure huit jours. Depuis le mois de mai, suppression brusque des règles à la suite d'une émotion violente ; pas de leucorrhée. L'état général est bon.

10 juillet. — La malade se plaint de douleurs dans l'aine droite, suivies d'un peu de fièvre et de quelques frissons.

14 juillet. — Les frissons reparaissent. Des douleurs assez violentes siègent dans l'hypocondre droit, et s'irradient dans l'aine, la cuisse et le creux poplité du même côté. Sensation de pesanteur dans le siège et dans les lombes ; le facies n'est pas grippé ; pas de nausées, pas de vomissements.

Le sommeil est nul. « A aucune époque, les douleurs n'ont forcé la malade à garder le lit. »

22 juilet. — Le palper abdominal exagère un peu ces douleurs. Le toucher vaginal décèle dans le cul-de-sac latéral droit l'existence d'une tumeur du volume d'une mandarine, peu douloureuse, semi-dure, bosselée, indépendante de l'utérus. Cet organe conserve une certaine mobilité ; il est un peu augmenté de volume et légèrement douloureux au toucher et au palper combinés. Un peu d'effacement du cul-de-sac antérieur ; pas de tumeur appréciable, le col est largement entr'ouvert. Le toucher rectal ne fournit aucun renseignement.

23 juillet. — Des douleurs très violentes dans le bas-ventre empêchent la malade de dormir. Traitement : pulvérisation de chlorure de méthyle. La malade est soulagée sur l'heure. La nuit a été calme ; la malade a dormi, ce qui ne lui était pas arrivé depuis douze jours.

24 juillet. — Apparition sur le trajet de la pulvérisation d'un érythème assez intense ; pas de phlyctènes ni menace de gangrène. Les douleurs ont disparu.

25 juillet. — La tumeur molle, semi-fluctuante, a diminué de volume et présente les dimensions d'une noix.

31 juillet. — Quelques coliques ; empâtement du cul-de-sac antérieur se continuant avec celui du cul-de-sac latéral droit.

4 août. — Empâtement du cul-de-sac antérieur s'étendant un peu à gauche. Rien dans le cul-de-sac latéral droit ; la tumeur a disparu.

10 août. — On s'aperçoit, par le toucher, que les culs-de-sac sont libres.

Cette observation est un type de phlegmasie péri-utérine bénigne.

Observation III.

For... Marie, couturière, âgée de 18 ans, entre à Saint-Lazare, dans le service du Dr de Sinéty pour une uréthrite et une blennorrhagie des glandes de Bartholin (21 août 1885).

Antécédents. — Réglée à 16 ans, sans douleur. L'écoulement menstruel revient à des intervalles inégaux. Pas de grossesse ; pas de douleurs aux époques menstruelles.

9 septembre. — Depuis quinze jours la malade accuse une douleur dans le flanc droit. Ces douleurs ne sont pas aiguës. La malade n'a jamais été obligée de garder le lit. Pas de nausées, pas de vomissements, pas de frissons, pas de facies grippé. Le palper abdominal est un peu douloureux à droite. Le toucher révèle, dans le cul-de-sac latéral droit, l'existence d'une grosseur peu fluctuante, non douloureuse, du volume d'un œuf de pigeon. Le col est entr'ouvert, l'utérus mobile ; le spéculum ne fournit aucun renseignement. Constipation. Traitement : huile de ricin 30 grammes ; deux fois par semaine. Repos, bains. Iodure de potassium, 1 gram.

11 septembre. — Douleurs modérées dans le flanc droit. La malade marche en accusant une légère douleur; elle ne garde pas le lit ; la tuméfaction a conservé le même volume.

16 septembre.—Marche pénible. Douleur dans le flanc droit. Le toucher est douloureux. On constate qu'il existe un empâtement en croissant, à concavité dirigée en haut, occupant une partie du cul-de-sac latéral droit, tout le cul-de-sac postérieur, et une partie du cul-de-sac latéral gauche.

6 octobre. — Même état.

13 octobre. — Induration des culs-de-sac latéral gauche et postérieur ; le cul-de-sac latéral droit est libre et a repris sa souplesse. Douleur nulle.

16 octobre. — L'écoulement menstruel est supprimé depuis le mois d'août ; épistaxis suppléant les menstrues.

Douleurs abdominales. Les amygdales sont rouges et présentent des points blancs ; fièvre. Ipéca, gargarisme.

31 octobre. — Le toucher révèle un peu de douleur et un peu d'empâtement dans le cul-de-sac postérieur. L'utérus n'est pas tout à fait mobile ; les mouvements communiqués ne sont pas douloureux, quand on appuie sur l'une des deux lèvres du col.

5 novembre. — Il ne subsiste qu'un empâtement à peine appréciable dans le cul-de-sac postérieur.

Observation IV.

Lab... Emilienne, âgée de 17 ans, entre le 14 septembre 1885, dans le service du Dr de Sinéty, à Saint-Lazare, pour une uréthrite.

Antécédents. — On ne trouve pas d'accidents strumeux dans les antécédents. La malade a été réglée sans douleur à l'âge de 12 ans et demi.

L'écoulement menstruel revient régulièrement tous les mois ; la quantité du sang des menstrues est normale.

Pas de grossesse ; pas de cautérisations sur le col ; aucune opération n'a été tentée sur l'utérus ; pas de traumatisme de cet organe. Pas d'excès de coït.

9 novembre. — Le malade se plaint de douleurs dans le bas-ventre, qui auraient débuté, dit-elle, il y a 8 jours.

L'utérus est douloureux au toucher. Celui-ci révèle dans le cul-de-sac antérieur l'existence d'une masse dure, douloureuse, du volume d'une noix, et attenante à l'utérus.

Rien d'appréciable dans les autres culs-de-sac. Pas de douleur pendant la miction.

12 novembre. — Les douleurs ont beaucoup diminué.

L'utérus est moins sensible au toucher. Le point induré est beaucoup moins volumineux et n'est presque plus douloureux au toucher. L'utérus est moins mobile qu'à l'état normal.

13 novembre. — La douleur à la pression a presque disparu.

17 novembre. — Douleur au toucher dans le cul-de-sac gauche. Cordon douloureux à la pression de ce côté.

18 novembre. — La malade garde le lit ; coliques assez violentes ; pas de frissons, ni de vomissements.

19 novembre. — La masse, douloureuse à gauche, a augmenté de volume ; pas de fièvre, ni aucun phénomène général.

21. — Constipation. Eau de Sedlitz. La malade se lève.

23. — Toucher beaucoup moins douloureux. La masse indurée fait le tour de l'utérus, qui est lui-même assez mobile.

25. — Douleur accusée surtout dans le cul-de-sac postérieur où la masse indurée est surtout volumineuse.

27 — La malade marche sans éprouver aucune gêne.

8 décembre. — Toute trace de tuméfaction a disparu.

Observation V.

Pluv... Marie, âgée de 18 ans, entre le 1er septembre 1884, dans le service de M. de Sinéty, à Saint-Lazare, pour papules muqueuses génitales.

21 octobre. — La malade se plaint de douleurs dans le ventre. Le toucher provoque des douleurs dans le cul-de-sac postérieur ; rien en avant et sur les côtés de l'utérus ; cet organe est mobile. Le palper n'est pas douloureux.

22. — Même état.

23. — Une masse volumineuse, attenante à l'utérus, siège dans le cul-de-sac postérieur. Palper non douloureux.

Leucorrhée utérine abondante. La malade a eu souvent des poussées du même genre au moment de ses règles.

Cette fois les règles viennent de finir ; mais l'écoulement est moins rosé ; la malade ne perd plus de sang.

La tumeur du cul-de-sac postérieur est toujours très douloureuse et du même volume ; pas de fièvre, pas de vomissements. Le palper n'est pas douloureux. Repos, cataplasmes laudanisés.

28.—La tumeur est moins douloureuse, et forme un demi-cercle en arrière du col, comme un bourrelet semi-circulaire. L'utérus est mobile et les mouvements communiqués ne sont pas ou sont peu douloureux.

30 octobre. — La tumeur a de beaucoup diminué et n'est presque plus sensible.

31. — Exeat.

18 mars 1886. — La malade rentre de nouveau à Saint-Lazare. Le toucher vaginal ne décèle aucune lésion. Il y a à peu près un an et demi que la malade a quitté le service.

Observation VI.

Hub... Maria, domestique, 22 ans. Entre dans le service du Dr de Sinéty, à Saint-Lazare, pour ulcération du col et catarrhe utérin (20 janv. 1886).

Antécédents. — Réglée à 14 ans, sans douleur. Tous les mois, les règles sont abondantes. A 18 ans, grossesse à terme ; leucorrhée pendant l'intervalle de chaque menstrue.

Au toucher, le col est un peu mou, mais non déchiqueté ; on y introduit une partie de la pulpe de l'index.

Dans le champ du spéculum, la lèvre postérieure du col paraît un peu rouge sans desquamation épithéliale.

3 février. — La malade accuse des douleurs dans le ventre.

Par le toucher on trouve une masse dure et douloureuse siégeant dans le cul-de-sac postérieur ; elle présente environ les dimensions d'une noix ; à côté de cette masse, il en existe une deuxième plus petite, séparée de la première par un sillon. Ces deux tumeurs sont dures, rénitentes, peu mobiles, douloureuses à la pression. L'utérus, au contraire, est mobile, non douloureux à la pression ; il est situé en avant des deux tumeurs, faisant saillie dans le cul-de-sac.

5 février. — Le toucher est mieux supporté. Le palper n'a jamais été douloureux.

18 février. — Ecoulement muco-purulent au niveau du col. Douleur nulle au palper abdominal. Le toucher vaginal dénote une douleur peu vive, quand on arrive sur la tumeur. Celle-ci, toujours divisée en deux parties par un sillon vertical, a envahi tout le cul-de-sac postérieur. Notons la température élevée du vagin et du cul-de-sac. La malade marche sans gêne ; elle ne garde pas le lit; quelques douleurs la nuit; pas de fièvre, pas de vomissements.

22 février. — La tumeur présente le même volume. Pas de selles depuis quatre jours ; matières dures dans le rectum. Cette constipation détermine des douleurs, s'irradiant dans la jambe droite ; pas de vomissements ; pas de fièvre. Eau de Sedlitz.

5 mars. — Dans le cul-de-sac postérieur on trouve une tuméfaction du volume d'une mandarine, dure, non bosselée, bien convexe ; le cul-de-sac gauche n'a pas toute sa souplesse, à cause d'un peu d'empâtement ; pas de fièvre, pas de vomissements ; la malade marche sans douleur.

18 mars. — L'écoulement menstruel, qui n'avait point paru depuis le 15 janvier, s'est rétabli après une suppression de deux mois.

30 mars. — Des syphilides nombreuses entourent la vulve. Par le toucher, on constate que la tuméfaction a de beaucoup diminué ; il reste un peu d'empâtement dans le cul-de-sac postérieur.

REVUE ANALYTIQUE DE GYNÉCOLOGIE ÉTRANGÈRE

—

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE.

Séance du 3 *juin* 1886. — Présidence de M. Le Dr B. F. Baer.

ABCÈS BLENNORRHAGIQUE TUBO-OVARIEN DU COTÉ DROIT. — LAPAROTOMIE. — ABLATION DE LA TROMPE DE FALLOPE ET DE L'OVAIRE. — GUÉRISON.

Le Dr Harris a lu à la Société, de la part du Dr Howard A. Kel-

ly, un mémoire sur un cas d'abcès de l'ovaire et de la trompe dû à une infection blennorrhagique communiquée par le mari, bien que la femme n'ait jamais eu, à sa connaissance, des pertes autres que de sang et ait été toujours régulièrement réglée pendant les trois ans qu'elle a passés avec son mari.

Ils étaient, tous les deux, d'origine allemande.

Trois ans avant son mariage, le mari contracta une blennorrhagie dont il guérit en trois semaines. Cependant, au moment du mariage, il souffrit d'une orchite qu'il attribuait à un effort et qui dura quelque temps.

Sa femme commença à souffrir après les premières règles, quinze jours après le mariage, de douleurs très violentes dans l'abdomen, de fièvre, de vomissements et de constipation.

Elle resta quinze jours au lit.

Le Dr Kelly qu'elle consulta, le 31 mars 1886, la soigna pendant cinq mois pour un fibrôme et se disposa à l'opérer après une préparation d'un mois consistant en douches vaginales, toniques, etc. La tumeur était située entre le bord droit de l'utérus et le bassin et solidement fixée à sa place.

Elle avait une sensation élastique. La santé de la patiente était sérieusement altérée par une menstruation prolongée et excessive et des symptômes de septicémie commençaient à se montrer.

La tumeur fut enlevée le cinq mai. Elle avait environ 2 pouces 1|2 (63 *millimètres*) de diamètre.

En l'examinant, on trouva qu'elle était formée par l'ovaire et la trompe de Fallope dilatée, formant une cavité commune remplie de 2 à 3 onces (60 à 90 *grammes*) de pus clair, verdâtre et très fétide. Un tube à drainage fut placé pendant quatre jours ; les sutures furent enlevées au bout d'une semaine et la malade se rétablit parfaitement.



TUMEUR DE L'OVAIRE.

Le Dr T. M. Drysdale a présenté une tumeur ovarienne qu'il avait enlevée cinq semaines auparavant chez une célibataire

âgée de vingt ans qui l'avait consulté, en février, pour une augmentation de volume du ventre ayant provoqué une émaciation très rapide, une irritabilité de l'estomac et la perte de l'appétit.

Elle avait été réglée, pour la première fois, à seize ans, très péniblement et très abondamment. Depuis elle avait toujours souffert au moment des règles qui étaient devenues irrégulières dans les derniers six mois, paraissant tous les quinze jours et, en dernier, toutes les semaines. Elle s'était aperçue de l'augmentation de volume de son ventre dix-huit mois avant de consulter le Dr Drysdale. L'abdomen avait, dans sa plus grande circonférence, 36 pouces (90 *centimètres*) et présentait de la matité partout, excepté dans une petite portion située du côté gauche, au niveau de l'ombilic et qui paraissait évidemment kystique.

Le col utérin était petit, appliqué contre le pubis par une tumeur dure qui remplisait presque le petit bassin. Il était impossible d'introduire une sonde utérine.

Le Dr Drysdale diagnostiqua une tumeur ovarienne multiloculaire qu'il opéra le 28 avril, aidé de son fils et de MM. les Drs W. S. Stewart, John S. Stewart et G. G. Chamberlain, de Middletown. A l'ouverture de l'abdomen, la tumeur était recouverte par le ligament large droit qui était solidement adhérent.

L'utérus était retourné sur son axe et fixé par des adhérences au côté gauche de la tumeur. La masse était composée de kystes très petits et d'une portion solide qui était celle qu'on trouvait dans le bassin et dans le côté gauche avant l'opération. Les adhérences furent détachées et la tumeur enlevée. Le pédicule qui était très épais et vasculaire fut suturé au moyen de ligatures. La surface des adhérences donna lieu à un écoulement de sang persistant qui fut très génant, mais qui céda sans nécessiter l'emploi des ligatures, excepté deux vaisseaux dans le bassin.

Les seuls symptômes désagréables furent des vomissements et de violentes coliques qui cédèrent au bout de deux jours. La température la plus élevée ne dépassa pas 101° 1/2 F.... (38° 1/2 à 39° *centigrades*) et le pouls varia de 100 à 128. La malade est complètement guérie et reprend ses forces de jour en jour.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE SAINT-LOUIS.

Séance du 18 *mars* 1886. — Présidence de M. Le Dr Phecters.

PESSAIRE LONGTEMPS CONSERVÉ DANS LE VAGIN.

A propos d'un cas rapporté dans la précédente séance par le Dr Préwit, au sujet d'un pessaire de Hodge, appliqué pour remédier à un prolapsus utérin et qui s'était incrusté dans les tissus en se frayant une voie à travers le cul de-sac de Douglas, qui avait enserré l'anneau comme une oreille de femme enserre une boucle d'oreille, le Dr Papin propose, au lieu d'inciser les tissus, comme l'a fait le Dr Préwit, de couper l'anneau et de le faire sortir ensuite comme ferait une femme pour enlever de son oreille une boucle d'oreille.

Il a eu, à sa clinique de Saint-John une femme qui portait, depuis sept ans, un pessaire de Hodge, lequel s'était incrusté dans le cul-de-sac de Douglas.

Il l'enleva d'après son procédé qu'il considère comme préférable à tous les autres, en ce sens que c'est une opération sans effusion de sang et qui n'expose à aucun des cas possibles de septicémie.

Dans ce cas, le froncement des tissus adhérents aux parois du bassin formant une masse épaisse provoqua le dépôt de nouveaux tissus qui guérirent complètement le prolapsus. Le Dr Papin a souvent vu les pessaires produire des ulcérations, mais il n'a observé que trois fois cette terminaison.

A la suite de cette communication s'ouvre une discussion sur l'opportunité des pessaires à laquelle prennent part, entre autres orateurs, MM. Boislinière, Engelmann et Barrett, et d'où il résulte que les pessaires sont jugés par ces Messieurs, utiles dans les cas appropriés, mais qu'il faut se mettre en garde contre les abus et surtout contre les dangers qu'ils peuvent présenter quand ils sont placés par des mains inexpérimentées.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DISTRICT DE SUFFOLK

Séance du 24 *avril* 1886. — Présidence de M. Le Dr George B. Shattuck.

SEPT CAS CONGÉNITAUX ET UN CAS TRAUMATIQUE DE STÉNOSE OU ATRÉSIE DU CANAL GÉNITAL DE LA FEMME,

Par le Dr J. R. Charwick.

Après avoir rappelé comment se forment, pendant la vie embryonnaire, les organes génitaux de la femme, il attribue les anomalies de développement observés dans ces organes à deux causes principales :

1° Au manque de résorption des parois contiguës des deux canaux de Muller, de telle façon qu'une cloison persiste chez l'adulte dans une plus au moins grande étendue du canal utéro-vaginal.

2° A l'arrêt de développement des canaux qui peut affecter la dimension finale du canal génital ou se localiser à un seul segment où il peut se manifester par une sténose plus ou moins complète.

Il fait ensuite la relation de sept cas qu'il a observés et qui caractérisent les principales variétés de sténose et d'atrésie.

Cas I. — *Hymen complètement imperforé.*—Une jeune femme de 24 ans, mariée depuis sept mois, était incapable de pratiquer le coït. Elle avait été réglée à dix-sept ans et l'hymen avait dû être incisé pour donner issue au flux menstruel retenu depuis trois mois.

A l'examen, on ne voyait aucune trace de cicatrices de l'hymen. Le 3 décembre, une tentative de son mari l'avait extrêmement fatiguée sans résultat. Elle avait une ulcération vénérienne à la fourchette qui nécessita l'incision et la dilatation de l'hymen. Le 3 janvier, les surfaces de l'incision étaient largement ulcérées. Les lésions guérirent peu après et le coït devint facile.

Cas II. — *Hymen imperforé.* — *Rétention du flux menstruel.* — Une jeune fille de seize ans se présente à l'hôpital particulier

du Dr Chadwick avec une augmentation de volume de l'abdomen.

Elle souffrait de douleurs dans le ventre depuis deux ans. L'abdomen était augmenté de volume depuis un an et les douleurs s'accentuaient pendant trois jours chaque mois. Il y avait une tumeur fluctuante s'élevant du pubis à l'ombilic, simulant un utérus gravide au cinquième ou au sixième mois de la grossesse. La vulve présentait une tumeur bombant entre les lèvres et qu'on reconnaissait facilement pour un hymen imperforé, distendu et hypertrophié.

Le lendemain, elle fut anesthésiée et opérée. On lui fit une ponction à l'aide d'un gros trocart. Après un écoulement considérable de liquide, on fit des lavages avec la solution de permanganate de potasse. Le vagin était très élargi, l'utérus de dimension normale. La menstruation eut lieu naturellement dix jours après l'opération.

CAS III. — *Sténose du vagin.* — Une dame mariée, de 21 ans et 9 mois, vint consulter le Dr Chadwick, le 7 juillet 1880, se plaignant de mauvaises digestions, de maux de reins, etc. Elle avait été réglée à dix-sept ans, toujours régulièrement. L'écoulement était très abondant pendant quatre ou cinq jours, mais sans douleur.

L'examen révéla l'existence d'un vagin court avec absence de la portion vaginale de l'utérus. Une ouverture située au fond du vagin, qui semblait être l'orifice externe du col, admettait 3|4 de pouce environ (19 millimètres) d'un mince fil métallique. Par le rectum, on sentait que le fil passait à gauche, ce qui démontrait évidemment que l'utérus était en rétroversion et dirigé à gauche.

Le premier juillet, M. Chadwick pratiqua un passage à travers la cloison transversale.

Comme il n'avait pas songé à la nécessité d'un tampon vaginal pour maintenir les parois écartées, jusqu'à la cicatrisation complète, il y suppléa au moyen d'une pomme de terre qu'il éplucha et tailla de la forme et de la dimension voulues. De cette façon, le vagin resta distendu pendant quelques jours, jusqu'à ce qu'il eût un tampon de verre. Au bout de quinze jours, la cicatrisation était complète, mais l'utérus restait toujours dévié en

arrière et à gauche, ce qui donna à supposer au Dr Chadwick qu'il était en présence d'un cas d'utérus unicorne gauche. Depuis, il a perdu de vue la malade.

Cas IV. — *Vagin normal se terminant en cul-de sac.* — Le Dr Chadwick vit, en mars 1883, une femme de trente-sept ans, qui n'avait jamais été réglée, bien qu'elle éprouvât très régulièrement tous les mois des douleurs dans le bassin et dans la tête. Elle était mariée depuis douze ans et son mari ne s'était jamais plaint d'incapacité de la part de sa femme dans l'accomplissement de ses devoirs conjugaux.

Les organes génitaux externes étaient normaux, le vagin était d'une longueur et d'une largeur normales, mais terminé en cul-de-sac, au delà duquel on sentait un corps de forme irrégulière, gros comme le poing environ, prolongé du côté du vagin comme un col utérin.

La malade réclamait le soulagement de ses douleurs. Comme ces dernières étaient peu vives, qu'elle jouissait, d'un autre côté, d'une parfaite santé et qu'il n'y avait aucun signe de rétention du flux menstruel, craignant d'une part, le danger que ferait courir l'ouverture possible de la cavité péritonéale et, considérant, d'autre part, le peu de chance de la guérison des douleurs qui n'étaient probablement pas d'origine utérine, il conseilla de s'abstenir de toute intervention chirurgicale. Son avis fut suivi.

Cas V. — *Canal vaginal très étroit. — Utérus normal. — Etablissement permanent d'un vagin.* — Le Dr Chadwick vit, en consultation avec le Dr Dunn, une jeune fille réglée depuis l'âge de douze ans, très régulièrement, atteinte, à quatorze ans, d'une crise d'inflammation intestinale qui l'avait retenue sept mois au lit. En l'examinant, il découvrit que le vagin se terminait à 3/4 de pouce (2 centimètres) en arrière de l'hymen.

Il recommanda à sa mère de ne pas lui donner d'idées de mariage avant d'avoir élucidé plus tard cette question de malformation vaginale. Malgré cela, elle se maria, deux ans plus tard, à seize ans et huit mois.

Deux mois après, les règles cessèrent, mais il fut reconnu qu'elle n'était pas enceinte.

Dix mois après, les parents avaient repris leur fille chez eux, à cause des mauvais traitements que lui faisait subir son mari qui se plaignait de l'impossibilité de pratiquer le coït avec elle. Son ventre était énormément augmenté de volume et elle avait tous les jours une évacuation de pus par le rectum.

Le 7 décembre, avec l'assistance des Dr Farlow et Elliot, le Dr Chadwick constata que l'utérus que l'on sentait à la palpitation recto-abdominale était de dimension normale.

L'examen démontra qu'il existait une ouverture très étroite dans le vagin, à travers laquelle une aiguille pouvait passer et pénétrer jusqu'à l'utérus situé à 3 pouces 1/4 (8 centimètres environ) en arrière. Il dilata graduellement l'orifice et déchira, au moyen d'un forceps et des doigts les tissus, jusqu'à formation d'un canal d'un pouce (2 centimètres 1/2) environ de diamètre.

Le col de l'utérus était normal, le cathéter pénétra à 2 pouces 1/2 (6 centimètres 1/2) de profondeur, dans la cavité utérine. Un tampon de verre fut placé pour maintenir l'écartement des parois vaginales. Le mari désormais pleinement satisfait retira une instance en divorce qu'il avait introduite contre sa femme incapable, disait-il, d'accomplir ses devoirs conjugaux.

Malgré la réussite de cette opération, l'abcès persistait toujours et, après une série de ponctions, de drainages, de lavages antiseptiques, la malade mourut le 10 mars suivant.

Cas VI. — *Absence de vagin et d'utérus et, très probablement d'ovaires.* — Une jeune femme de 22 ans, Américaine, d'origine Irlandaise, bien constituée, vint consulter le Dr Chadwick. Elle n'avait jamais été réglée. A l'âge de 14 ans, elle avait eu parfois des malaises, des maux de reins, de tête, de ventre, mais sans périodicité dans leur retour. Elle était mariée depuis trois ans 1/2, accomplissant régulièrement ses devoirs conjugaux, à la satisfaction de son mari, mais sans sensation aucune.

Le mont de Vénus, les grandes lèvres étaient normaux et recouverts de poils ; le clitoris, le prépuce et les petites lèvres étaient bien développés. Ce qui semblait être l'orifice du vagin, immé-

diatement au-dessous de l'urèthre, se distinguait par l'absence complète de caroncules myrtiformes ou de toute autre trace de l'hymen. En introduisant le doigt dans le pseudo-vagin, on constatait qu'il se terminait par un cul-de-sac, à un pouce environ (2 centimètres 1|2) de l'entrée. Ses parois étaient minces et dépourvues des règles caractéristiques.

Le fond de ce cul-de-sac était complètement oblitéré et les parois se continuaient directement avec la membrane muqueuse des lèvres. Ce cul-de-sac devait être considéré comme un hymen imperforé ou comme un périnée imperforé qui avait reçu des assauts si persistants du mari qu'une cavité s'était formée.

A la palpation abdominale on ne trouvait aucun vestige d'utérus, de vagin ou d'ovaires. Une sonde introduite dans la vessie pouvait être sentie à travers la cloison recto-vésicale sans interposition d'un vagin. La vulve était lubrifiée par la sécrétion des glandes vulvo-vaginales dont on voyait l'orifice ; une d'elles était de la grosseur d'un pois. Les seins étaient plats, les glandes mammaires, les mamelons et les aréoles étaient petits.

CAS VII. ABSENCE DE VAGIN ET PROBABLEMENT DES OVAIRES. SIMPLE TRACE D'UN UTÉRUS.

En février 1886, une jeune fille américaine de 28 ans fut examinée par le Dr Perry, de la Jamaïque. Elle n'avait jamais été réglée et n'avait même jamais éprouvé les signes précurseurs de la menstruation.

La santé générale était bonne ; les seins étaient petits, les mamelons et les aréoles normaux, sans papilles visibles. Les organes génitaux externes étaient bien développés, les orifices des glandes vulvo-vaginales visibles, le clitoris et son prépuce proéminents. Il n'y avait pas de trace de l'orifice vaginal. L'urèthre était si élargi que le petit doigt passait aisément dans la vessie, quoique cependant elle n'eût jamais éprouvé d'incontinence d'urine.

L'absence du vagin était complète. La seule trace d'un utérus était un petit noyau pas plus gros qu'une fève suspendu par les ligaments ronds et les ligaments larges qui se balançaient au milieu du bassin comme un hamac. Le Dr Chadwick se prononça contre toute tentative d'établir un vagin.

CAS VIII. — *Fistule uréthro-vésico-vaginale.* — *Contracture cicatricielle du vagin.* — Une dame d'origine française, de 28 ans, bien constituée, était atteinte, depuis l'accouchement d'un enfant mort qui avait nécessité une intervention instrumentale, d'une fistule uréthro-vésico-vaginale. Le doigt pénétrait directement dans la vessie par un orifice qui commençait au tiers supérieur de l'urèthre et remontait le long du bas-fond de la vessie. A l'endroit où la fistule se terminait, le vagin était rétréci et réduit à la grosseur d'une plume, par un tissu épais et dur. Le coït qui se répétait fréquemment, toujours douloureux pour la femme, avait lieu évidemment dans la vessie.

Après la fermeture de la fistule, le Dr Chadwick fit une opération au moyen de la dilatation forcée et du bistouri pour rétablir le canal vaginal et la malade se trouva ainsi débarrassée de ses deux infirmités.

R. F.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 *août.*— Présidence de M. SAPPEY.

FIBRÔME INTRA-PÉRITONÉAL.

M. LE FORT présente un fibrôme intra-péritonéal pesant 9 livres, extrait par la gastrotomie. L'auteur pense que dans les cas de tumeur aussi volumineuse, l'ablation directe est préférable à l'ablation des ovaires que l'on préconise aujourd'hui pour le traitement des tumeurs utérines. M. Le Fort présente, en outre, un utérus en état d'inversion, enlevé par le vagin au moyen de la ligature élastique.

***

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 juillet. — Présidence de M. HORTELOUP.

OPÉRATION DE BATTEY.

M. TERRILLON communique une observation d'ablation des deux ovaires et des deux trompes (*oophorectomie* ou *opération de Battey*), pratiquée chez une femme atteinte de névralgie utéro-ovarienne, après avoir épuisé les divers traitements médicaux.— Depuis deux mois, la malade ne souffre plus. Les ovaires étaient sains.

M. TERRIER pense qu'il serait bon, avant d'opérer de telles malades, de prendre l'avis d'un médecin pour savoir quel est leur état au point de vue des manifestations hystériques et pour se rendre compte, après l'opération, du résultat obtenu ; il est très important d'être fixé là-dessus.

M. VERNEUIL rapporte le cas d'une dame hystérique, éprouvant du côté de l'utérus des douleurs névralgiques très violentes, à qui on enleva deux ovaires. La guérison ne fut que temporaire ; on doit en conclure qu'il faut se défier du résultat primitif et attendre assez longtemps avant d'affirmer que dans ces cas l'opération de Battey a été suivie de guérison complète.

M. RECLUS affirme que l'opérée de M. Terrillon a merveilleusement guéri et que cette observation l'a tellement frappé qu'il n'hésiterait pas à imiter son collègue dans un cas analogue.

M. MARC SÉE pense qu'on ne doit enlever un organe que s'il a des lésions appréciables.

M. TERRIER croit qu'il est impossible dans beaucoup de cas d'affirmer si l'ovaire est sain ou malade, et cela alors même qu'on l'examine sous le microscope.



Séance du 11 *août* 1886.

PÉRINÉORRHAPHIE.

M. J. HUE (de Rouen) présente cinq nouveaux succès par la méthode qu'il a préconisée en 1875.

Si l'on assiste à l'accouchement, il est d'avis de faire la périnéorrhaphie immédiate : l'écoulement des lochies n'empêchera pas la réunion. On a un avivement tout fait et on a l'avantage

d'opérer pendant la période de résolution des parties musculaires. Dans ces conditions, cinq fils peuvent suffire et quelquefois même des serre-fines : ajoutons en outre que, à cette période, la périnéorrhaphie ne compte pas comme opération pour la nouvelle accouchée.

Quand il y a des bourgeons charnus, ils servent à faciliter la réunion par seconde intention.

Il est bon aussi d'opérer avant que l'accouchée ne se lève, car la station debout est préjudiciable, ni pendant l'allaitement.

Il faut chercher la restauration complète et cela à deux conditions, qui sont : 1° la réunion des parties molles ; 2° le rétablissement des fonctions de l'anus.

MM. Emmet et Hue emploient six fils au lieu de cinq, un plus postérieur, sous-sphinctérien. Ils rétablissent les fonctions de l'anus, en menant l'avivement presque sur les bords de l'anus déchiré.

Sur sept cas, M. Hue a obtenu sept succès complets.

Si la déchirure de la cloison recto-vaginale remonte très haut, il faut procéder en deux temps : 1° Aviver et réunir la cloison recto-vaginale ; 2° Restaurer le périnée lui-même. Pour empêcher l'accumulation des gaz dans l'intestin, on introduit plusieurs fois par jour une grosse sonde dans l'anus, au moment des lavages.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AMIENS. — TRAVAUX DU PREMIER SEMESTRE DE L'ANNÉE 1886.

M. Lémeré a donné lecture d'une note sur la *métrite et l'inflammation du ligament large* après l'accouchement et par rétention de quelques débris placentaires. Cette note complétait une communication antérieure de notre distingué confrère.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Présidence de M. Kieu.

M. Em. Muller présente une opérée à laquelle il a fait, il y a plus de six semaines, l'extirpation, par la laparotomie, de la matrice chargée de tumeurs fibreuses, abandonnant dans l'ab-

domen le pédicule avec le tube de caoutchouc qui servit pour la ligature. La malade a guéri sans fièvre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE L'ISÈRE

Séance du 21 *juin* 1886. — Présidence de M. Dumollard.

CANCER UTÉRIN TERMINÉ PAR URÉMIE.

M. Greffier présente l'observation d'une femme atteinte de cancer de l'utérus depuis deux ans lorsqu'elle succomba.

C'est dire que le cancer a eu une marche très lente. C'était une femme de trente-trois à trente-quatre ans, très robuste, haute en couleur. Le mal s'est d'abord signalé chez elle par d'abondantes hémorrhagies. J'avais eu l'occasion de l'examiner au mois de mai 1885 : à ce moment, le col était induré, pas d'envahissement du vagin. Elle se décida quelque temps après à entrer à l'hôpital.

Sans entrer dans le détail de la marche ultérieure de la maladie, je désire insister sur sa période ultime qui n'a pas été sans intérêt.

Quinze jours environ avant la mort, la malade a été prise de vomissements; je prescrivis de la potion de Rivière, de la glace, des aliments froids. Mais ces médicaments furent à peu près sans effet, la malade vomissait tout ce qu'elle prenait. Elle me dit alors qu'elle urinait à chaque instant, mais en très petite quantité.

Ces vomissements ne cessèrent pas pendant quinze jours. L'état fut en outre aggravé par une hémorrhagie, la malade succomba. Elle avait accusé, en outre, ainsi que les personnes de son entourage l'avaient remarqué, une rêvasserie presque continuelle, et, par moment, des cauchemars. Je crois, quoique l'autopsie n'ait pas été faite, que c'est là un cas de terminaison du cancer de l'utérus par *urémie*. Cette terminaison est très fréquente, mais les auteurs classiques y insistent peu, et c'est là tout l'intérêt que j'ai trouvé à cette observation.

M. Chevalier a observé un cas analogue, mais dans lequel les probabilités étaient plus grandes. La malade avait conservé longtemps un état général satisfaisant. Puis, presque subite-

ment apparurent des cauchemars, de la divagation ; puis du trismus et de l'emprosthotonos: Ce qui fit hésiter le diagnostic, c'est que le taux de l'urée était normal, et qu'il n'y avait que des traces d'albumine.

REVUE DE LA PRESSE

CARDIOPATHIES CHEZ LES PROSTITUÉES.

On doit au Dr F. Castells une étude intéressante sur les cardiopathies chez les prostituées. Voici les conclusions du mémoire de l'auteur :

1° La réaction morale éprouvée par les prostituées détermine des affections cardiaques de diverses sortes.

2° Très souvent, ces affections sont liées à des lésions cérébro-spinales.

3° Les cardiopathies généralement dominantes parmi les prostituées, prennent une forme larvée et appartiennent au groupe des fonctionnelles.

4° On doit chercher l'origine de pareilles affections dans le mode d'existence des prostituées et dans la manière dont se fait et est organisé le trafic auquel elles se livrent.

5° Le remède doit se chercher dans la réforme de cette organisation tolérée par la société et qui porte le nom de prostitution.

DE LA RÉTROFLEXION DE L'UTÉRUS.

Le Dr Vedeler, de Christiania, a fait une étude basée sur l'observation de 313 femmes atteintes de rétroflexion. Il ressort de cette étude que l'étiologie de cette affection est très variable. Ainsi, elle peut être congénitale ou se développer avec la puberté ; elle peut aussi apparaître avant tout accouchement et en dehors des couches, comme aussi elle peut trouver là son origine.

La rétroflexion utérine n'est pas toujours constante ; elle peut en outre, chez la même personne, alterner avec d'autres positions. Chez 40 % des femmes, elle ne présente pas de manifestations morbides; chez 60 %, on trouve concurremment des symptômes de maladie.

Des observations trés détaillées publiées par l'auteur, il ressort :

Que la rétroflexion peut se montrer à toutes les périodes de la vie d'une femme, sans qu'il y ait en même temps de symptômes ;

Que l'on peut trouver toutes les formes de rétroflexions sans manifestations morbides ;

Que l'on peut rencontrer celles-ci dans les diverses espèces de rétro flexions ;

Que l'on peut constater si les troubles observés sont dus à une rétroflexion antérieure qui n'avait d'abord causé aucune souffrance.

Comme il est de fait que, en général, les affections utérines sont de plus en plus fréquentes au fur et à mesure que la femme se marie et qu'elle a des enfants et qu'en même temps la statistique enseigne que les matrices malades ne sont pas plus souvent en rétroflexion, que les matrices saines, il semble dès lors que la rétroflexion, comme état pathologique, doit être fort suspecte et cela d'autant plus qu'on peut observer en même temps :

Que la rétroflexion peut être produite artificiellement sans qu'il en résulte de symptômes ;

Qu'elle peut se maintenir alors que les symptômes concomitants disparaissent ;

Qu'elle peut, chez une seule et même personne, alterner avec d'autres positions, tandis que les symptômes persistent :

Que l'on peut observer, sur un utérus en situation primitivement « normale », les différents troubles morbides qu'on attribue à la rétroflexion ;

Que l'essence même des différents symptômes est encore peu comprise.

MENSURATION DES PIEDS DES NOUVEAUX-NÉS.

Un Journal allemand a publié une étude faite par le Dr Gonner et reproduite par la *Revue des Sciences médicales*, sur une question dont la solution présente de l'intérêt en obstétrique, dans les présentations du bassin :

Existe-t-il une proportion constante entre la dimension des pieds et le volume de la tête ? Une série de mensuratious recueillies à la clinique de Bâle paraissent établir qu'on peut présumer les difficultés que présentera le passage de la tête d'après la longueur du pied de l'enfant. Il résulte des mensurations prises sur 190 nouveaux-nés, qu'en général un pied mesurant 8 centimètres de longueur correspond au poids de 3,000 grammes de l'enfant et qu'au-dessus de 8 centimètres, il faut s'attendre à trouver un enfant dépassant le poids moyen du fœtus à terme ; on devra donc, en ce cas, prévoir des difficultés particulières d'extraction. Lorsque le pied mesure moins de 73 millimètres, on a habituellement affaire à un fœtus qui n'est pas à terme. Ces résultats ont été obtenus sur des enfants de la classe ouvrière. L'influence de l'hérédité, professions, races, peut modifier sensiblement ces chiffres.

HYDRAMNIOS TRAITÉE PAR LA PONCTION DE L'UTÉRUS.

Le Dr Tillaux a pratiqué, il y a quelque temps, chez une malade de son service, la ponction de l'utérus pour remédier à une hydropisie énorme de l'amnios qui menaçait de l'étouffer.

Depuis lors, cette malade va tout à fait bien.

La tumeur reste diminuée ; il n y a plus de gêne respiratoire ; toutes les fonctions s'accomplissent normalement et la grossesse se continue.

La malade a quitté le service dans un état satisfaisant.

Reste à savoir si l'enfant vit ; car à partir du troisième jour après la ponction, elle ne l'a plus senti remuer.

ACCOUCHEMENT DANS LE SOMMEIL HYPNOTIQUE.

Le Dr Ch. Braün rapporte le cas d'une femme de 26 ans qu'il réussit à plonger dans le sommeil hypnotique pendant le travail de l'accouchement.

Les contractions étaient particulièrement douloureuses ; elles conservèrent toute leur énergie pendant le sommeil ; les pauses devinrent un peu longues, et la presse abdominale fonctionna à merveille ; la dilatation se fit très bien, et l'accouchement se termina rapidement. Le placenta fut expulsé jusque dans le vagin et facilement extrait avec les mains. A son réveil, la mère se trouvait fort bien et dormit ensuite pendant plusieurs heures d'un sommeil tranquille. L'un des faits les plus intéressants, c'est que les contractions utérines provoquèrent par voie réflexe la contraction des muscles abdominaux sans réveiller la malade. L'hémorrhagie fut insignifiante.

L'ANURIE HYSTÉRIQUE ACCOMPAGNÉE DE SÉCRÉTION D'URINE PAR L'ESTOMAC ETC.

Le Dr Rossoni a fait sur ce sujet un important travail qui peut se résumer ainsi :

1° L'anurie n'est pas un symptôme rare dans l'hystérie. Cette anurie est liée à un échange particulier qui se produit dans l'organisme et dont la nature nous échappe ;

2° Chez les hystériques avec anurie, l'estomac peut être le siège d'une sécrétion plus ou moins abondante d'un liquide qui présente toutes les propriétés physiques et chimiques de l'urine ;

3° La sécrétion urinaire de l'estomac peut s'arrêter sans pour cela se produire de nouveau du côté des reins ; l'anurie complète peut durer deux mois ;

4° La pilocarpine peut activer, dans quelques cas, la reprise des fonctions rénales. Chez quelques hystériques, la pilocarpine peut occasionner, du côté des glandes salivaires, la sécrétion d'un liquide qui présente les mêmes propriétés physiques et chimiques que l'urine;

5° L'urée, introduite artificiellement dans le torrent circulatoire d'une hystérique anurique et sans sécrétion d'urine par l'estomac, occasionne des accidents urémiques ;

6° Au contraire, l'urée peut être introduite artificiellement dans le torrent circulatoire, impunément et à la dose de 16 grammes chez des sujets hystériques, chez qui se produisent les vomissements urineux ;

7° Il n'y a pas identité entre l'hystérie anurique et l'urémie par néphrite, l'absence des reins consécutive à la néphrotomie et la ligature des uretères.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

LES APPAREILS DE GALVANOCAUSTIE THERMIQUE
(*Piles et accumulateurs*)
ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

Vingt ans s'étaient écoulés depuis la découverte des propriétés calorifiques du courant de la pile, lorsque Récamier et Pravaz eurent l'idée d'utiliser en chirurgie cette chaleur d'origine électrique et l'employèrent, en 1821, à la destruction du cancer utérin.

Leur tentative fit peu de bruit et, à part quelques essais sans importance, ce n'est véritablement qu'en 1845 que fut exécutée la première opération sérieuse avec la galvanocaustie thermique par le Dr Heider, de Vienne, qui fit usage pour cela d'un couple de Grove de grandes dimensions.

L'année suivante un chirurgien russe, Crussel, reprit la question. Il faisait usage d'éléments Daniell à grandes surfaces.

Jusqu'en 1854, la galvanocaustie thermique resta pour ainsi dire dans la période des essais.

A cette époque Middeldorpf publia son grand travail sur cette branche de la chirurgie. Ce traité fit connaître, en les résumant, toutes les expériences entreprises jusqu'alors, et permit aux chirurgiens d'appliquer ce moyen avec plus de sécurité et de commodité. On peut dire que c'est de l'apparition de cet ouvrage que date l'introduction sérieuse de la galvanocaustie thermique dans la pratique chirurgicale.

Depuis cette époque, cette science a pris, chaque jour, une extension plus grande, grâce aux perfectionnements nombreux que les praticiens et les constructeurs ont apporté aux instruments galvanocaustiques,

perfectionnements qui ont rendu facile l'emploi de ce merveilleux moyen chirurgical.

Nous ferons remarquer que la vogue, naguère si florissante de la galvanocaustie thermique semble avoir reçu une sérieuse atteinte depuis la création du thermo-cautère. C'est une question que le temps jugera.

Le thermo-cautère est un instrument fort ingénieux et très commode, susceptible de remplacer le cautère actuel et d'étendre son action, mais il ne saurait être mis en comparaison avec le galvanocautère, qui jouit de propriétés toutes spéciales, propriétés inhérentes à sa source calorifique et à la nature de l'ustion qu'il produit. En outre, le galvanocautère peut être mis en place à froid et n'être porté au rouge que lorsqu'il est en contact avec l'organe qu'il doit atteindre.

Remarquons aussi que l'exiguïté des cautères galvaniques peut être poussée très loin, et que les effets du rayonnement sont, par suite, réduits au minimum. De plus, le cautère galvanique peut prendre la forme d'une anse simple ou double et, lui seul, a de semblables propriétés. Enfin, avec la galvanocaustie, on peut obtenir une température plus élevée qu'avec aucun autre moyen.

Il n'est pas jusqu'aux caractères de l'eschare faite par le galvano-cautère qui ne différencient ce dernier du thermocautère ou du cautère actuel.

En effet, d'après les expériences de M. Bœckel, que nous avons souvent répétées, l'eschare du galvano-cautère est mince, dure, s'éliminant lentement, avec une zone inflammatoire presque nulle, pouvant même être cachée dans les cavités closes sans produire le moindre accident.

Pour pratiquer des opérations sur l'utérus, telles que l'ignipuncture, l'amputation du col, l'exérèse du cancer, le curettage de la cavité utérine, l'ablation des polypes fibreux, etc., l'emploi du galvanocautère est incomparable, tant au point de vue de la facilité opératoire que des résultats. Il y a donc lieu de ne pas abandonner un moyen aussi précieux comme l'ont d'ailleurs compris quelques chirurgiens.



Lorsqu'on fait circuler le courant d'une pile de grande intensité à travers un fil fin de platine ou de fer, on voit ce dernier s'échauffer et rougir. Si la puissance du courant est suffisante, ces fils sont même fondus. On observe en outre, dans ce dernier cas, qu'on évite la fusion des fils en leur donnant plus de longueur ou en augmentant seulement leur diamètre.

Pour expliquer ces phénomènes, nous devons rappeler ici en peu de mots quelques principes de physique énoncés par Ohm, Faraday et Joule, principes qui servent de base à la galvanocaustie thermique.

La loi de Ohm ou loi des résistances (1), découverte par le physicien suédois en 1827, s'énonce ainsi : *l'intensité d'un courant est proportionnelle à la force électro-motrice* (2) *et inversement proportionnelle à la résistance du circuit.* Ce que l'on exprime par la formule :

$$I = \frac{E}{R}$$

Faraday a établi les relations qui existent entre la quantité de chaleur produite et l'action chimique et entre celle-ci et l'intensité du courant. Il a résumé ses recherches dans plusieurs lois, dont une seule nous intéresse dans le cas actuel : *Les quantités d'électrolyses décomposées dans un temps donné sont proportionnelles aux intensités des courants qui traversent ceux-ci.*

Enfin les travaux de Joule ont mis en évidence l'origine chimique de la chaleur dégagée par la pile en démontrant que *la chaleur totale développée dans le circuit est toujours constante pour une même quantité de zinc employé.*

Cette loi s'énonce encore ainsi :

Lorsqu'un courant traverse un conducteur, la quantité de chaleur dégagée dans ce fil, dans un temps donné est proportionnelle à la résistance du conducteur et au carré de l'intensité du courant.

Ces lois que nous venons de rappeler brièvement et dont la démonstration et la discussion ne sauraient entrer dans le cadre de ce travail, permettent d'expliquer certains phénomènes, utiles à connaître en galvanocaustie thermique et que nous allons examiner :

1° Quand on fait passer un courant intense successivement dans un fil de platine et dans un fil de cuivre, tous les deux de même diamètre et de même longueur, le premier rougit, mais le second ne présente aucun phénomène d'incandescence.

Si on répète l'expérience en faisant circuler le courant dans un fil de platine de gros et de petit diamètre, mis bout à bout, le fil fin de platine seul rougit.

La loi de Joule nous donne l'explication de ces phénomènes, le fil de platine, dans l'une et l'autre expérience offrant au courant une résistance plus grande, la chaleur dégagée dans ce fil croît avec cette résistance.

(1) La résistance est l'effort qu'opposent les corps conducteurs au passage des courants. C'est une propriété inverse de la conductibilité. Les métaux présentent des résistances variables. En prenant la résistance du plus conducteur comme terme de comparaison, on obtient pour les autres des nombres qui représentent leur « résistance spécifique ».

(2) On appelle force électro-motrice la cause qui produit le courant électrique. Pour une même espèce d'éléments, elle est indépendante des dimensions de l'élément.



2° Un fil de platine étant maintenu au rouge sombre par un courant, si on le chauffe à l'aide d'une lampe à alcool, en un point quelconque, on voit les points voisins du point chauffé devenir obscurs. Inversement, si on applique en un point quelconque du fil de platine porté au rouge, un morceau de glace, aussitôt les points voisins de celui-ci augmentent d'éclat.

Ce dernier fait est important à connaître en galvanocaustie thermique.

En effet, lorsqu'on sectionne une tumeur à l'aide de l'anse galvanique, le fil se refroidissant au contact des liquides de la tumeur, on voit les deux portions qui ne touchent pas celle-ci, augmenter d'éclat.

La loi de Ohm nous donne l'explication de ce qui se passe dans ces deux expériences.

Dans le premier cas, l'élévation de température du fil de platine au point chauffé par la lampe à alcool a déterminé la dilatation de cette portion du fil et par suite une augmentation de résistance au passage du courant : résultat final, diminution dans l'intensité du courant et par suite cessation de l'incandescence du fil de platine.

Dans la deuxième expérience, le phénomène est inverse, la contraction due au refroidissement de la portion du fil en contact avec la glace donne lieu à une augmentation dans l'intensité du courant, par suite de la diminution dans la résistance du circuit.

Nous verrons par la suite, en étudiant les cautères galvaniques et les divers appareils qui les mettent en action, qu'on a dû toujours dans la construction de ces derniers tenir compte des principes que nous venons de passer rapidement en revue.



Avant de décrire les différentes formes de cautères galvaniques nous devons d'abord parler des appareils qui produisent le courant.

Le premier appareil employé dans ce but a été une pile. Nous n'entreprendrons pas ici de faire l'histoire des nombreuses modifications que cet appareil a subi jusqu'à nos jours. Constitué au début par les piles à grande intensité, telles qu'elles existaient dans les laboratoires (Grove, Bunzen, Muncke), il reçut du professeur Middeldorpf des dispositions particulières qui en firent un instrument propre à la chirurgie galvano-thermique. Cet appareil a joui d'une certaine vogue en Allemagne jusqu'au jour où Grenet, s'inspirant des idées de Poggendorff, imagina la pile à un seul liquide qui porte son nom et qui a servi de type aux nombreux appareils qui sont venus à sa suite.

La pile de Grenet a été l'objet de modifications nombreuses auxquelles chaque constructeur a attaché son nom. Le principe est resté le même. C'est une pile formée par des plaques de charbon et des plaques

de zinc, disposées alternativement à une petite distance les unes des autres. Les plaques de zinc sont réunies métalliquement à leur partie supérieure ; il en est de même des plaques de charbon. L'ensemble plonge dans une auge en ébonite renfermant une solution de bichromate de potasse et d'acide sulfurique (1).

Telles sont les dispositions générales des piles, genre Grenet, pour la galvanocaustie thermique.

Ces appareils ont été de la part des constructeurs, l'objet de recherches et d'améliorations constantes qui ont rendu de grands services à la chirurgie, en rendant possible l'emploi de ce merveilleux moyen chirurgical.

Néanmoins, il faut reconnaître qu'à côté des avantages que les perfectionnements successifs ont donnés à ces appareils, il existe des inconvénients qui sont devenus beaucoup plus sensibles depuis l'apparition, récente encore, d un nouveau genre d'appareils à galvanocaustie : nous voulons parler des accumulateurs.

Le principal cautère qu'une pile à galvanocaustie est appelée à faire fonctionner, l'anse en un mot, demande un courant d'une certaine énergie. Il faut pour cela que la pile soit formée d'au moins deux éléments, plongeant dans la même auge, à la manière de la pile de Muncke. Elle présente donc un volume et un poids qui la rendent d'un transport peu commode. A cela il faut ajouter l'obligation où l'on est d'emporter le liquide excitateur (5 à 6 litres en moyenne), ou de le préparer extemporanément chez le malade, ce qui est fastidieux et entraîne des pertes de temps.

Ces considérations principales nous font préférer pour la pratique de la galvanocaustie des appareils d'un autre genre, appelés piles secondaires ou accumulateurs au sujet desquels nous allons entrer dans quelques détails.

***

Un voltamètre ou tout système analogue composé d'un liquide électrolysable et de deux électrodes est apte à fournir un courant secondaire après le passage d'un courant de charge. Le voltamètre à lames de plomb et à eau acidulée, imaginé en 1860 par M. G. Planté, représente parmi les nombreuses combinaisons susceptibles d'emmagasiner l'énergie électrique, celle qui réunit le mieux les qualités d'ensemble requises pour un accumulateur pratique. La définition d'un accumulateur est la suivante :

Un accumulateur est un voltamètre capable d'emmagasiner une grande quantité d'énergie électrique et de la restituer assez vite et sans trop de perte, sous forme de courant secondaire.

(1) Voir le numéro de la *Revue*, juillet 1886.

Demeuré pendant vingt ans un appareil de laboratoire et une curiosité scientifique, l'accumulateur de M. G. Planté s'est vu depuis quelque temps l'objet de nombreuses recherches pour faire entrer cet appareil dans la voie des applications industrielles.

La pile secondaire de Planté a été utilisée il y a une dizaine d'années pour la chirurgie. Cette tentative, faite par M. Trouvé, n'a pas donné tous les résultats qu'on pouvait attendre des accumulateurs.

Avant de signaler les divers accumulateurs imaginés depuis celui de M. Planté, il nous semble utile de donner quelques détails techniques sur l'accumulation en prenant pour exemple la pile secondaire de Planté.

En faisant passer dans cet appareil le courant d'une pile primaire capable de décomposer l'eau, on observe qu'au bout de quelques instants l'électrode négative qui avait primitivement la couleur grise du plomb oxydé à l'air prend la teinte plus claire du plomb réduit, et bientôt on voit l'hydrogène se dégager à sa surface. En même temps l'électrode positive se couvre de peroxyde de plomb, de couleur brun-rouge sombre en fixant l'oxygène de l'eau électrolysée. Quand toute la surface de l'électrode positive est peroxydée, l'oxygène commence à se dégager à sa surface.

C'est alors que l'accumulateur a pris toute la *charge* qu'il peut recevoir.

Ainsi chargé, l'accumulateur fonctionne comme une pile primaire et les lois physico-chimiques relatives aux couples voltaïques lui sont par suite applicables.

Le pôle positif de l'accumulateur est le pôle primitivement relié au pôle positif de la pile primaire ; le pôle négatif est par conséquent le pôle relié au pôle négatif de la même pile pendant la charge.

L'énergie électrique emmagasinée dans l'accumulateur ne s'y conserve pas indéfiniment ; au bout d'un temps, variable avec le soin apporté à la construction de l'appareil, mais qui cependant n'excède pas quelques semaines, la charge disparaît graduellement. Nous verrons plus loin comment on obvie à cet inconvénient.

Une fois déchargé, l'accumulateur peut se recharger à nouveau et il est à remarquer qu'à chaque nouvelle charge l'action chimique gagne en profondeur dans chaque électrode.

Il en résulte un accroissement de capacité d'accumulation, accroissement progressif auquel M. Planté a donné le nom de *formation*.

La force électro-motrice d'un accumulateur bien formé varie de 1 v. 86 à 2 volts.

Quant à l'énergie électrique qu'il peut fournir, elle est variable (et c'est là un des grands avantages de l'accumulateur sur les piles primai-

res) suivant le travail à exécuter. Aussi, avec un accumulateur d'une capacité de 20 ampères-heure par exemple et dans le cas d'un éclairage par incandescence, une lampe n'ayant besoin pour fonctionner que d'une énergie s'élevant environ à 1 ampère-heure, le débit de l'accumulateur se réglera de lui-même en conséquence, et la durée de la provision électrique sera, par suite, d'une vingtaine d'heures. Si, au contraire, on se trouve en présence d'un cautère galvanique qui absorbe une énergie électrique variant de 25 à 28 ampères-heures, ce même accumulateur ne pourra le faire fonctionner que pendant 40 à 45 minutes.

En terminant ces généralités, disons un mot de la formation dont la perfection constitue la condition *sine qua non* d'un bon accumulateur.

La formation a été de la part des électriciens l'objet de nombreuses recherches dans le but d'abréger cette période de la construction des accumulateurs.

La formation a pour but de rendre accessible à l'électrolyse un certain poids de chaque électrode. La capacité d'emmagasinement d'un accumulateur est proportionnelle aux poids des matières intéressées et par suite aux volumes de métal accessibles.

Deux méthodes générales sont employées pour arriver rapidement à une bonne formation :

1° Développement considérable de la surface des plaques. La formation a lieu, dans ce cas, *en surface*. De ce genre sont les accumulateurs de MM. Kabath et de Meritens.

2° Fabrication de plaques de plomb profondément perméables d'emblée. C'est ce que l'on appelle la formation en *profondeur*, qui se retrouve dans les accumulateurs Faure à oxydes de plomb, à sulfure de plomb (proposés par Schulze) et à électrodes en plomb allié rendues poreuses par l'extraction du métal auxiliaire.

Nous ne saurions ici passer en revue chacun de ces modèles d'accumulateurs créés surtout en vue d'applications industrielles. Mais avant de parler de l'accumulateur chirurgical, examinons les conditions que doit présenter cet appareil ; il nous sera ensuite facile de montrer pourquoi les accumulateurs, employés au début, n'ont pu résoudre le problème de la galvanocaustie thermique à l'aide de ce nouveau moyen.

Un accumulateur propre à un emploi chirurgical doit présenter un volume très restreint avec un poids peu considérable, de manière à être d'un maniement facile.

Il doit pouvoir être transporté sans que cela soit une cause trop immédiate de détérioration des éléments qui le constituent.

Il doit être aussi étanche que possible pour éviter à l'opérateur le désagrément des projections du liquide acide pendant le transport et en

outre, il doit être absolument à l'abri des destructions parasites (sels grimpants au pôle positif) qui sont presque la règle dans les appareils de ce genre et abrègent très rapidement la durée de l'accumulateur après après avoir nui d'abord à son bon fonctionnement.

Il est aisé de reconnaître, d'après cela, que les accumulateurs que nous avons cités plus haut ne remplissent pas ces conditions.



Au mois de novembre 1884 nous avons fait présenter à l'Académie de médecine, par M. Léon Labbé, un galvanocautère à accumulateurs qui constituait déjà un perfectionnement sur ceux déjà existants, surtout au point de vue du volume et du poids. Il avait encore certains inconvénients que nous nous sommes attachés à faire disparaître. Les oxydes qui garnissaient les alvéoles des plaques avaient peu de cohésion et après deux ou trois transports en voiture, il s'en détachait des parcelles qui établissaient dans l'intérieur de l'appareil un court circuit qui déchargeait l'accumulateur. Il fallait donc fréquemment retirer l'ensemble des lames de l'auge qui les contenait, afin de les examiner et de vider les parcelles d'oxyde qui auraient pu se trouver au fond de celle-ci.

Il était par suite difficile de rendre l'accumulateur étanche. De plus, l'eau acidulée en contact avec les pôles de l'accumulateur (et surtout avec le pôle positif) les corrode assez promptement, malgré le vernis protecteur qui les recouvre.

Depuis deux ans que notre galvanocautère a été présenté à l'Académie de Médecine, nous avons entrepris de nombreux essais pour parer, dans les limites du possible, aux inconvénients que nous venons de signaler. Nous pensons être arrivés à un résultat satisfaisant.

Nous avons cherché d'abord à donner plus de cohésion aux oxydes contenus dans les cellules de l'électrode de plomb, et leur assurer un contact plus intime avec celle-ci, en l'amalgamant au préalable et en silicatant les oxydes préalablement mélangés d'une petite quantité de sulfate de plomb.

Ensuite, pour éviter que les chocs et les vibrations inévitables d'un transport en voiture ne fassent tomber quelques parcelles d'oxyde entre les plaques, nous avons interposé entre chacune d'elles, un ou plusieurs feuillets de toile d'amiante (1). La résistance intérieure apportée par cette disposition est fort peu de chose, en raison de la grande porosité

(1) Cette idée n'est, paraît-il, pas nouvelle. Un ingénieur, de Paris, a imaginé une disposition de piles sèches dans laquelle les électrodes sont séparées par des plaquettes d'amiante. Dans son brevet, l'inventeur signale et se réserve la possibilité d'appliquer cette disposition aux accumulateurs.

de l'amiante, et ne constitue qu'un bien léger inconvénient, amplement et compensé par la sécurité que l'on a désormais pour le transport de l'appareil.

Enfin un mastic à base de goudron et de caoutchouc durci dans lequel nous noyons les connexions des pôles avec les plaques, met ceux-ci à l'abri de toute corrosion et sert en outre à fixer d'une manière complète le couvercle de l'accumulateur. On n'a plus ainsi à craindre les projections de liquide qu'un choc peut produire.

Le couvercle de l'accumulateur donne passage à un tube qui descend à une petite distance du liquide et permet la sortie des gaz.

Comme dans notre premier modèle, le galvano-cautère comprend deux accumulateurs ainsi disposés. L'intensité du courant qu'ils fournissent est de 20 ampères.

Un rhéostat d'une construction particulière et un interrupteur sont fixés à l'appareil.

Le premier permet de régler rigoureusement la température du cautère employé et le second permet à un aide de faire fonctionner l'appareil au moment voulu.

Telle est, à grands traits, la description du galvano-cautère à accumulateurs tel que nous l'avons modifié.

Nous avons pratiqué depuis un certain nombre d'opérations avec cet appareil et nous n'avons eu qu'à nous louer de son fonctionnement.



Nous avons maintenant à aborder une question de la plus haute importance, et sans la solution de laquelle l'accumulateur le mieux construit, le plus parfait, devient à peu près inutile pour le chirurgien. Nous voulons parler de la recharge des accumulateurs.

Quand un accumulateur a épuisé sa provision, il faut le recharger.

Nous ne parlerons pas ici de l'emploi des machines dynamos. C'est une opération tout industrielle, nullement pratique pour le chirurgien.

Restent les piles voltaïques. C'est en effet là que se trouve la solution du problème, mais elle n'est pas exempte de difficultés.

Nous ne fatiguerons pas le lecteur par la description des tentatives diverses que nous avons faites pour arriver à ce résultat. Il n'est guère de piles dont nous n'ayons fait l'essai dans ce but.

Nous n'en signalerons que les principales et nous terminerons cette notice, en indiquant, parmi celles-ci, celle à laquelle nous donnons la préférence.

Examinons d'abord les conditions que doit présenter une pile primaire, propre à la recharge des accumulateurs. Nous devons considérer

deux facteurs : la force électro-motrice de la pile de charge et l'intensité du courant fourni par celle-ci.

La force électro-motrice moyenne doit être plus grande que celle de l'accumulateur, puisque ce dernier et la pile primaire sont mis en opposition ; il faut environ 2 volts 5 à 3 volts pour effectuer convenablement la charge.

Quant à l'intensité du courant, elle varie avec le temps dont on dispose pour la charge. Dans la pratique il est préférable de faire débiter à la pile un courant d'une intensité variant entre 8 et 12 ampères (de borne à borne). Dans ces conditions, la recharge des accumulateurs du galvanocautère s'effectue dans un laps de temps de 12 à 20 heures.

Ceci posé, quelles sont les piles remplissant plus ou moins les conditions ci-dessus.

Nous avons fait à cet égard bien des essais : l'élément au sulfate de mercure, celui au sulfate de cuivre disposé comme le conseille M. Regnier, le même élément avec la disposition grillagée de Thompson, l'élément à oxyde de cuivre de MM. Lalande et Chaperon ont été tour à tour expérimentés.

La pile au sulfate de mercure ne nous a pas donné les résultats que nous en espérions.

L'élément au sulfate de cuivre à grand débit nous a donné de bons résultats ; mais son emploi n'est pas commode au point de vue particulier où nous sommes placés et les manipulations fréquentes qu'il demande le rendent incompatible avec les exigences médicales. Les mêmes observations s'appliquent à la pile de MM. Lalande et Chaperon.

Un autre genre d'éléments a été également l'objet de nos études : c'est la pile thermo-électrique.

On se rappelle que dans les appareils de ce genre le courant électrique est produit par la différence de température des points de réunion de métaux de diverses natures.

Ces instruments étaient restés jusqu'alors confinés dans les laboratoires. Dans ces derniers temps, des perfectionnements sérieux leur ont été appliqués, et on a pu construire des appareils, peu volumineux, donnant un courant parfaitement utilisable, et que l'industrie de la galvanoplastie du cuivre, de l'argent et de l'or a accueilli avec faveur.

C'est d'un appareil semblable dont nous nous sommes servis. Il a 90 éléments, marche au gaz et donne avec une pression de 4 à 5 volts un courant d'une intensité moyenne de 5 ampères (de borne à borne).

Cet appareil, malgré tous les avantages qu'il présente et qui en faisaient, pour le praticien, l'instrument pratique par excellence pour la recharge des accumulateurs, ne nous a pas donné tous les résultats que nous espérions au début.

Malgré son bon fonctionnement et sans cause apparente, la charge qu'il donne aux accumulateurs n'est pas régulière.

Aussi avons-nous dû y renoncer.

En fin de compte, nous nous sommes retournés vers les piles à acide chromique ; mais avant de donner la description de l'installation que nous avons créée pour la recharge des accumulateurs de notre galvano-cautère, nous allons aborder ici la question intéressante de la conservation de la charge.

Comme nous le disions au début de ce travail, l'accumulateur une fois chargé ne conserve sa charge que pendant un temps, variable avec les circonstances, mais n'excédant pas toutefois quelques semaines. Pour le praticien, il est de toute nécessité d'avoir un galvano-cautère dont les accumulateurs soient toujours prêts à fonctionner.

Nous avons eu l'idée de mettre nos accumulateurs, pendant les périodes de repos, en opposition avec une pile constante d'un faible débit, facile à entretenir et à surveiller. La pile au sulfate de cuivre est celle à laquelle nous nous sommes arrêtés. Nous avons combiné un élément de cette pile dans lequel nous avons groupé ce qu'il y a de commode et de pratique dans les divers modèles établis jusqu'à ce jour.

Notre installation se compose donc :

1° D'une pile de charge proprement dite, composée de deux éléments avec bichromate de soude à vase poreux et à surface dépolarisante très grande (1) ;

2° De six éléments Daniell sans vase poreux réunissant les avantages de disposition des éléments Minotto et Siemens ;

3° D'un galvanoscope.

Voici comment nous faisons usage de cet ensemble de piles :

Si l'accumulateur a peu fonctionné, on se contente de le mettre en opposition, comme pour la charge avec les six éléments Daniell.

Il en résulte que la charge restante dans l'accumulateur ne se perd pas, mais encore, il se produit une recharge, lente il est vrai, mais qui n'en existe pas moins ; de telle sorte que si le galvano-cautère reste plusieurs jours sans fonctionner, il reprend sensiblement sa charge initiale.

L'entretien des éléments Daniell est des plus simples ; un peu d'eau, de temps à autre, et quelques cristaux de sulfate de cuivre.

Si, maintenant, l'usage qu'on a fait du galvano-cautère l'a à peu près complètement déchargé, il serait illusoire de songer à le recharger comme précédemment. Cela demanderait un laps de temps beaucoup trop considérable, et au cours duquel le chirurgien pourrait avoir be-

(1) La formule de la composition des liquides a été donnée dans la Revue, Juillet 1886.

soin de l'instrument. Il faut alors faire usage des deux éléments au bichromate de soude et en 10 à 15 heures, les accumulateurs du galvanocautère se trouvent rechargés. S'ils ne doivent pas être employés tout de suite, on les remet en opposition avec les éléments Daniell, jusqu'au moment de s'en servir.

De cette manière le praticien trouve son galvano-cautère toujours prêt à fonctionner.

En résumé, sans vouloir escompter l'avenir et considérer les accumulateurs comme la solution ultime d'un desideratum chirurgical, il est permis d'affirmer que l'accumulation voltaïque est venue apporter à la galvanocaustie thermique un nouvel élément de succès, et qu'en présence des perfectionnements apportés aux accumulateurs, il sera toujours avantageux de recourir à leur emploi et d'utiliser ainsi l'importante découverte faite il y a vingt-cinq ans par M. G. Planté.

J. C.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec regret la mort du Dr Boinet, qui a occupé une place honorable dans le corps médical Parisien. L'œuvre de Boinet est considérable et cet éminent praticien a contribué dans une large mesure au développement des études gynécologiques en France. Il fut un des premiers à proposer le traitement curatif des kystes de l'ovaire.

BIBLIOTHÈQUE

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

188. — Autotransfusion dans l'anémie cérébrale après l'accouchement. — Le Dr Robert Koppe rapporte l'observation suivante qui démontre que la diminution subite de la pression dans les veines abdominales après la ponction de l'ascite, après l'accouchement dans le cas d'hydropisie de l'amnios, doit toujours faire redouter le danger d'une anémie cérébrale qui peut être mortelle et que l'intervention doit être rapide pour être efficace.

Il avait à délivrer une malade dont le travail durait depuis deux jours, dont le ventre avait un extrême développement et chez laquelle on put reconnaître une grossesse gémellaire. Un des enfants dut être extrait par le cranioclaste, et l'autre amené par les pieds. Pendant qu'on procédait aux soins de propreté, la malade pâlit subitement et eut une syncope ; tous les soins usités en pareille circonstance furent prodigués sans résultat, la situation devenait de plus en plus grave. Il fallait obtenir à tout prix une augmentation de la pression sanguine capable de rétablir l'irrigation du cerveau. L'auteur eut l idée d'appliquer un oreiller sur l'abdomen et de l'y fixer étroitement avec des serviettes. A peine l'avait-il fait, que la face, alors livide et cadavérique, avait repris sa couleur. Les lèvres étaient devenues vermeilles, la malade reprenait connaissance. Cette compression fut maintenue telle quelle pendant quatorze jours encore, puis progressivement relâchée jusqu'à complète guérison.



189.— Crises prémenstruelles.— Notre confrère du *Scalpel* fait observer que chez certaines femmes, les quelques heures qui précèdent chaque époque menstruelle s'écoulent au milieu de souffrances intolérables, parfois de véritables crises pendant lesquelles les malades se roulent par terre, ou dans leur lit, comme s'il s'agissait de coliques néphrétiques. Ces douleurs, qui ont le plus souvent pour origine soit un rétrécissement de l'orifice interne, soit une congestion excessive de la muqueuse qui amène l'oblitération du canal cervico-utérin, soit un accès névralgiforme des plexus ovariques, peuvent

être considérablement amoindries par l'administration de 1/4 de lavement chaud, additionné de 2 grammes de chloral et de 2 grammes de bromure de potassium. Faire varier les doses et les diminuer de moitié s'il s'agit de jeunes filles. Chez les adultes, deux lavements peuvent être tolérés et administrés avec succès.

M. Chéron conseille l'emploi de la dilatation progressive soit avec son dilatateur à double courbure qu'il a imaginé, soit à l'aide de la filière graduée, dont la description a été donnée dans le dernier numéro de cette Revue.

Ces dilatations doivent être faites dans la période intercalaire, tous les 4 ou 5 jours et on doit les faire suivre d'un pansement à la glycérine boriquée d'après la formule suivante :

Glycérine neutre.	300 gr.
Acide borique.	15 gr.

Il va sans dire que ce jour-là, la malade devra éviter toute fatigue.



190.— Traitement des quintes de l'hypercoqueluche. — Le Dr H. Roger propose lorsque les quintes affectent un caractère convulsif exagéré, le sirop de valériane qu'il donne à dose rapidement croissante de 10 à 40 grammes, ou bien la teinture de musc, à la dose de 5 à 10 gouttes pour les sujets au-dessous de 2 ans, à la dose de 10 à 20 gouttes aux enfants de 5 ans, et à la dose de 15 à 30 gouttes à ceux qui ont dépassé cet âge.— Lorsque les spasmes laryngés se répètent, on développe, autour du malade, des vapeurs émollientes ou narcotiques ; on brûle, près de ses narines et de sa bouche, du papier nitré, de la poudre de belladone ou de stramoine. Si les accès sont suffocants, on fait respirer au coquelucheux du chloroforme ou de l'éther, en passant plus ou moins vite sous son nez le flacon ou le bouchon. Dans le cas où le spasme laryngé se prolonge, de manière que le petit malade est menacé de syncope respiratoire ou cardiaque, on s'efforce de le réveiller par des inspirations d'ammoniaque ou de vinaigre, par une projection brusque d'eau froide au visage, par des frictions vives pratiquées avec la main sur les parois de la poitrine, et surtout sur la région du cœur.



191.— Hémorrhoïdes douloureuses.— Les malades atteintes d'affections utérines, celles dont les organes du petit bassin sont depuis longtemps le siège de congestions passives, entretenues par un état diathésique, voient fréquemment survenir des hémorrhoïdes.

Chez quelques malades, ce phénomène n'apporte pas un surcroît bien pénible à leurs misères.

L'emploi d'ailleurs des pilules de capsicum remédie bien vite à cet état. Chez d'autres, au contraire, ces hémorrhoïdes sont douloureuses. Voici une pommade, conseillée par le Dr Wilson, et qui a donné à l'auteur d'excellents résultats :

Sulfate de morphine.	0. 15 centigr.
Extrait de strontiane.	1 gr. 50
Huile d'olive.	3 gr.
Carbonate de Plomb.	5 gr.
Axonge	100 gr.

A employer le soir en se couchant en onctions douces sur les bourrelets hémorrhoïdaires.



192.— Nouveau traitement du cancer.— Le Dr Velloso rapporte avoir guéri un certain nombre de cas d'épithélioma de la face et des lèvres à l'aide du suc de l'alvelos, plante appartenant à la famille des Euphorbiacées. Son action est très irritante et elle détermine la destruction des tissus morbides, à la place desquelles se développeraient, d'après l'auteur, des granulations saines.

Il serait intéressant d'essayer l'emploi de ce nouveau moyen dans le cancer épithélial du col de l'utérus, et de comparer son action à celle du thuya occidentalis, qui a donné à M. Chéron de si beaux résultats dans le traitement de cette affection.

L'alvelos, selon les informations fournies par le Dr Pampilio, chirurgien de l'hôpital Pedro, à Pernambuco, se trouve dans cette province et dans le sud de celle de Parahyba. Il y en a trois espèces qu'on appelle dans le pays alvelos mâle, alvelos femelle, alvelos sauvage ; la seconde est la plus estimée. Les indigènes emploient ce suc depuis très longtemps ; malgré cela, son usage ne s'est pas répandu jusqu'ici à cause des grandes douleurs qu'il occasionne. Les meilleurs résultats sont obtenus avec le suc, concentré jusqu'à la solidification pres-

que complète et additionné de vaseline ; il est plus facile de circonscrire son action que celle du suc pur ou à peu près. On étend ce mélange avec un pinceau sur la partie malade, qu'on laisse exposée à l'air pendant une heure au moins et qu'on recouvre ensuite de charpie. Cette application doit être faite tous les deux ou trois jours ou toutes les vingt-quatre heures si le malade n'en souffre pas trop. Avant tout, il faut laver avec une solution phéniquée la partie sur laquelle on doit opérer et l'essuyer avec soin. Le succès est plus prompt quand on commence le traitement avant l'ulcération des tumeurs.



193.— De la racine de bryone comme hémostatique dans les affections de l'utérus.— Le Dr Christodorescu a, d'après la méthode de M. Pétrescu (de Bucharest), employé avec succès contre la métrorrhagie, la décoction de 20 grammes de racine de bryone dans 1,000 grammes de vin blanc. Dans un cas où la métrorrhagie, rebelle aux divers médicaments hémostatiques, persistait depuis longtemps et n'avait pour cause aucune lésion organique, il prescrivit d'heure en heure une cuillerée à dessert de cette décoction. Six heures après la première prise, le flux sanguin commençait à s'atténuer et après trente-six heures disparaissait définitivement.



194. — Traitement de la leucémie chez les enfants. — Le *Journal d'accouchements*, de Liège publie un mémoire du Dr N. Droixhe, de Huy, sur cette intéressante question. Pour cet auteur, la thérapeutique de la leucémie consiste dans les mesures diététiques d'abord. Il faut un régime riche en principes albuminoïdes et en matériaux phosphorés. Il faut placer les petits malades dans des conditions où ils puissent respirer un air salubre et vivre dans une atmosphère ensoleillée. Il faut les tonifier par les bains salins. Il faut chercher à dégorger les organes hématopoétiques, par les frictions, les manipulations, les douches, par la faradisation.

Comme médicaments, il est permis de recommander les amers unis à l'arsenic, surtout quand il importe de faire sortir l'estomac de son état de torpeur. Les enfants absorbent, sans difficulté, des *granules eupeptiques* à la quassine cristallisée et à l'arséniate de soude (1 ou

2 aux principaux repas). Les préparations ferrugineuses sont également indiquées.

Elles s'associeront souvent d'une façon très favorable à la quinine.

Hénoch préconise la formule : Hydrochlorate de quinine et de fer réduit, de chaque 3 centigr. ; sucre blanc, 50 cent.

Chaque jour, les malades prennent 2 ou 3 poudres semblables.

D'après Mosler, la quinine peut être remplacée par l'essence d'eucalyptus. On pourrait aussi donner l'eucalyptus sous forme de teinture.

M. Chéron conseille l'emploi du sirop composé suivant qui lui a donné d'excellents résultats :

Extrait de Noyer (de Grandval).	15 gr.
Phosphate de soude cristallisé.	10 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	150 gr.

à prendre une ou deux cuillerées à café matin et soir.

Lorsque les enfants présentent en outre un catarrhe des muqueuses, on remplace, dans cette formule, le sirop d'écorces d'oranges amères par du sirop de tolu.



195. — Traitement de la constipation par le massage. Le grand nombre des formules employées pour combattre la constipation démontre combien cet état de l'intestin complique fréquemment les affections utérines.

Le Dr Murrell, dans la leçon inaugurale des cours de thérapeutique qu'il professe à l'Ecole de médecine de l'hôpital de Westminster, a exposé les résultats de la méthode qu'il emploie dans le traitement de la constipation et dans laquelle il a modifié les procédés de Meztger et von Mosengol.

Il pratique le pétrissage abdominal sur le trajet des diverses portions du côlon ; puis le tapotement avec la main ouverte, la main demi-fermée et le bord radial ou cubital. L'emploi des vibrations est plus spécialement réservé pour les cas rebelles.

Les meilleurs résultats ont été obtenus quand la constipation était associée à l'obésité. Quant à l'action physiologique du massage, il admet que cette pratique augmente les sécrétions intestinales, excite les

mouvements péristaltiques de l'intestin et fait mécaniquement progresser le bol fœcal vers le rectum.



196.— Succédané du collodion. — En gynécologie, le praticien spécialiste est appelé à faire souvent usage du collodion, notamment dans la pelvi-péritonite et dans le phlegmon des ligaments larges.

Voici la formule d'une composition qui, d'après le *Journal de pharmacie d'Alsace-Lorraine*, pourrait remplacer avantageusement le collodion :

Mastic en larmes.	3 gr.
Baume du Pérou.	1 gr.
Narcotine.	1 gr.

Pulvérisez chaque matière séparément et dissolvez par agitation dans 5 grammes de chloroforme.

Cette solution, appliquée sur des bandes de toile ou de soie, fournirait un excellent sparadrap, aussi bon que le taffetas anglais.



197.— Traitement de la salivation excessive pendant la grossesse. — C'est un phénomène que la plupart des traités d'accouchement ne font que signaler. Il s'agit là d'un accident sympathique qui ne prend que bien rarement des proportions inquiétantes.

Le Dr Schramm eut l'occasion d'observer, l'année dernière, un cas de ce genre dans lequel la durée et l'abondance du flux salivaire, avaient considérablement affaibli la patiente. On avait essayé avant lui, et en vain, une série de moyens.

L'atropine, recommandée par Ebstein, resta sans effet ; il en fut de même de la galvanisation du sympathique :

Les injections sous-cutanées de pilocarpine préconisées par Labbée et Davezeaux furent employées avec un résultat médiocre.

Le moyen le plus efficace fut le bromure de potassium qui produisit une diminution rapide et considérable du flux salivaire.

L'auteur lui donne la préférence sur les autres médicaments, comme

agent sans danger pendant la grossesse, parce que on doit admettre que l'action du bromure de potassium s'exerce sur tous les nerfs glandulaires, puisqu'il paralyse aussi bien l'origine du facial dans la moelle allongée que les fibres sécrétoires du sympathique.



198. — Traitement des abcès pelviens. — Le Dr MUNDÉ qui a publié un mémoire sur cette question le termine par les conclusions suivantes :

1. Les abcès pelviens chez la femme ne sont pas très communs eu égard à la fréquence des exsudations pelviennes, et probablement il n'y en a pas plus de dix pour cent de tous les cas, la majorité des exsudats se terminant par résorption spontanée.

2. Ils peuvent être ou bien extra-péritonéaux et ils sont alors le résultat d'une cellulite (c'est la variété la plus commune) ou bien intra-péritonéaux, c'est-à-dire la conséquence d'une péritonite pelvienne. Dans ce cas-ci l'inflammation adhésive entre les viscères pelviens et les intestins peut circonscrire la cavité de l'abcès et la rendre pratiquement *extrapéritonéale.*

Les abcès de l'ovaire et la pyosalpingite n'appartiennent pas à la catégorie des abcès pelviens proprement dits et ne sont pas soumis aux mêmes règles thérapeutiques, à moins que par leur adhérence à la paroi abdominale ou au fond de l'espace de Douglas, ils ne deviennent virtuellement extrapéritonéaux.

3. Des abcès pelviens, situés profondément, n'excédant pas une capacité de deux onces et de petits abcès multiples du tissus cellulaire peuvent souvent être guéris d'une façon permanente par l'évacuation complète du pus au moyen d'un aspirateur. L'exsudation environnante est rapidement résorbée.

4. Environ une moitié de ces abcès s'ouvrent spontanément dans le vagin, le rectum, la vessie, ou à travers la paroi abdominale et la fosse ischiatique. Ces cas peuvent se guérir graduellement sans traitement ou des fistules peuvent persister jusqu'à ce qu'elles soient fermées par une intervention chirurgicale.

5. Des abcès contenant plus de deux onces de pus seront ouverts par une incision large le long d'un stylet explorateur ou d'une sonde cannelée, débarrassés des débris qu'ils peuvent contenir, au moyen du doigt ou de la curette mousse, drainés et irrigués.

Cette incision sera faite à l'endroit où le pus se constate le plus distinctement, habituellement la voûte du vagin.

7. Dans un certain nombre de cas, le pus se fraie un chemin vers la paroi abdominale, généralement dans la fosse illiaque, et l'incision doit être alors large et le drainage bien assuré.

8. Si le pus était accumulé profondément dans la cavité pelvienne et qu'une sonde pût être passée à travers l'incision abdominale jusqu'à la voûte vaginale, le drainage à travers la plaie cutanée ne suffirait plus et on devrait faire une contrincision à travers le vagin pour permettre l'écoulement du liquide. En faisant cette incision, il faut prendre garde de ne pas blesser la vessie.

9. L'ouverture d'un abcès pelvien qui vient faire saillie à la paroi abdominale ne diffère pas et n'est pas plus dangereuse que la même opération faite à la surface cutanée du corps. Ce n'est pas « une section abdominale » ou une « laparotomie » dans le sens où ces termes sont employés pour indiquer l'ouverture de la cavité péritonéale.

10. Des abcès pelviens chroniques qui se sont ouverts spontanément et qui se sont évacués par le vagin, le rectum ou ailleurs, durant des mois ou des années, sont excessivement difficiles à guérir. C'est particulièrement le cas lorsque l'ouverture s'est faite en haut du rectum. Une contrincision dans le vagin ou l'élargissement de l'orifice, la curette, les irrigations stimulantes, etc., peuvent occasionnellement réussir, mais habituellement échouent.

11. Un abcès pérityphlique peut venir faire saillie à la paroi abdominale et simuler un abcès pelvien proprement dit. L'aspiration pourra établir le diagnostic. Le traitement est le même.

12. La majorité des cas d'abcès pelviens guérissent : la mortalité est très faible.



199.— Traitement des végétations de l'ombilic chez les nouveau-nés.— Les végétations ombilicales qu'il ne faut pas confondre avec les kystes sébacés, les nœvi et les tumeurs adénoïdes de cette région, sont loin d'être rares chez les nouveaux-nés. On les rencontre du deuxième au quatorzième jour.

Ce ne sont pas des tumeurs congénitales, mais bien des tumeurs acquises, qui apparaissent pendant la chute du cordon ou peu après. Souvent uniques ces tumeurs peuvent être multiples. Elles ont l'aspect de petites excroissances rouges et humides simulant un bourgeon

charnu de bonne nature. On les a comparées à un grain de blé, à une petite cerise ou à une petite fraise, quelquefois à un tubercule, à une papille ou à un polype. Elles sont pédiculées, irréductibles, molles et s'insèrent directement sur le derme. Ces petites tumeurs produisent une sérosité sanguinolente qui détermine des excoriations superficielles du derme de l'ombilic. Ce liquide tache le linge en jaune.

Quelquefois la végétation est très vasculaire et peut donner lieu à de véritables hémorrhagies, accident très rare du reste.

Le granulome ombilical ne détermine aucune douleur. L'enfant souffre seulement un peu lorsque la tumeur et les parties voisines s'enflamment.

Les végétations ombilicales s'accroissent avec rapidité, par addition de bourgeons successifs. Elles peuvent quelquefois tomber spontanément. Ces tumenrs sont des fongosités inflammatoires, des bourgeons charnus polypiformes ou d'après M. Boussolle des tissus myxomateux et papillomateux.

Leur traitement consiste dans l'extirpation avec les ciseaux ou mieux à l'aide d'une ligature.



200. — Traitement de la dyspepsie des enfants par la cocaïne. — Le Medical and Surgical Reporter publie un intéressant travail du Dr Herschell sur cette question.

Les troubles dyspeptiques sont fréquents chez l'enfant. Ils se caractérisent par l'insomnie, l'inappétence, l'irrégularité dans le caractère, etc. Bientôt, si on n'y porte pas remède, les symptômes s'aggravent; il survient des vomissements et des selles liquides contre lesquelles il est urgent d'intervenir.

L'auteur a obtenu d'excellents résultats avec la papaïne, dont il explique les heureux effets, en supposant qu'elle agit comme dissolvant des mucosités qui se trouvent dans le tube digestif. Il l'emploie sous la forme suivante :

Papaïne. . . . . , . .	0, 05 centigr.
Lactose.	0, 05 centigr.
Bicarbonate de soude.	0, 25 centigr.

Lorsque les troubles dyspeptiques datent de longtemps, il survient une fièvre que l'on peut combattre en faisant prendre à l'enfant quelques gouttes de teinture de noix vomique. après qu'il a fini de téter.



201. — Potion emménagogue à l'acide oxalique. — Le praticien est souvent à même d'avoir à formuler dans des cas de dysménorrhée non symptomatique, résultant soit d'un refroidissement au moment des règles, soit de toute autre cause, émotive par exemple, une potion emménagogue.

Le Dr Poullet conseille, dans ces cas, l'emploi de la potion suivante qu'il prescrit à la dose d'une cuillerée à bouche d'heure en heure.

Acide oxalique..................	2 gr.
Eau tiède......................	200 gr.
Sirop d'Ecorces d'oranges amères.	60 gr.



202. Emploi du laudanum pour arrêter l'avortement. — Le Dr Ch. Charlier conseille, en présence d'un avortement, d'essayer de l'arrêter par le laudanum à hautes doses ; la voie rectale est la meilleure. La femme enceinte présente une tolérance très grande pour les opiacés; on peut donner dans la journée de 80 à 100 gouttes de laudanum. Les premiers phénomènes d'intoxication sont facilement dissipés.

Quelle que soit la dose, elle n'a aucune influence fâcheuse sur la vie de l'enfant. Jusqu'à présent, le laudanum n'a jamais causé de délivrance anormale, ni de suites de couches pathologiques.



203.— L'extrait de Grenadier dans le traitement du tœnia. — Le Dr de Vry préconise le moyen suivant pour déterminer l'expulsion du tœnia.

On fait sécher l'écorce de racine de grenadier, on la fait macérer dans l'eau froide jusqu'à épuisement, et on prépare avec ce macéré, un extrait sec qu'on pulvérise, et qu'on conserve à l'abri de l'humidité. On prescrit cet extrait, à la dose de 4 grammes en 8 paquets, à prendre à jeun de quart d'heure en quart d'heure. Au dernier paquet, on ajoute 10 centigrammes de calomel. Le tænia ne tarde pas à faire hernie à la marge de l'anus ; mais il est nécessaire qu'il soit expulsé dans

l'eau tiède, et que le malade ou un aide le saisisse pour en faciliter l'extraction.



204. — Traitement de la dyspepsie acide. — C'est une complication fréquente des affections utérines.

On conseille dans ce cas le bicarbonate de soude, à la dose de 1 à 2 grammes, puis, au moment des repas, l'eau de Vichy ou de Vals. On peut également administrer le sous-nitrate de bismuth, le phosphate ou le carbonate de chaux, séparés ou reunis dans des proportions convenables. — Si la dyspepsie acide est liée à la chlorose, on ajoute aux alcalins, les eaux ferrugineuses, telles que Spa, Bussang, Forges. — Si la dyspepsie acide s'accompagne de pituites, le régime lacté, les aliments à base de lait et d'œufs sont particulièrement indiqués. — Enfin, dans les cas où les acides développés dans l'estomac résultent d'une fermentation opérée dans ce viscère, le professeur Bouchard propose de substituer à la médication alcaline, la médication acide avec les acides chlorhydrique et azotique.



205. — Hystérectomie vaginale dans l'épithelioma de l'utérus; manuel opératoire. — Voici comment M. Trélat procède, la malade étant placée dans le décubitus dorsal et préalablement anesthésiée: incision en avant comprenant la muqueuse vaginale et le col utérin, détacher graduellement la face postérieure de la vessie de la face antérieure de l'utérus avec un instrument mousse, libérer le péritoine de l'utérus; nouvelle incision de la muqueuse vaginale sur le col utérin en arrière et décollement graduel d'avec le rectum jusqu'au cul-de-sac postérieur, décollement du péritoine, libération de l'utérus, abaissement de l'utérus et, avant sa section, ligatures du pédicule vasculaire placées avec le plus grand soin, de peur de les voir se détacher et tomber après l'incision comme ayant été insuffisamment serrées. M. Richelot préfère appliquer de longues pinces à forcipressure directement sur le pédicule et laissées à demeure pendant quarante-huit heures. M. Trélat aime mieux la ligature, à moins qu'elle présente trop de difficultés. On clôt ensuite la plaie par un point de suture placé au fond du vagin, afin d'empêcher l'intestin de s'y engager; on met deux tubes à drainage dans la cavité

péritonéale ; puis, on bourre de gaze iodoformée la cavité péritonéa-les ; on recouvre le tout en ayant soin de laisser la place nécessaire pour le cathétérisme quotidien de la vessie. Il faut avoir la précaution aussi d'envelopper les jambes de la malade de cardes de ouate pour maintenir une bonne température.

* * *

206. — Traitement de la coqueluche. — Le Dr Guerder conseille d'insuffler deux fois par jour, matin et soir, dans le nez des petits malades la poudre suivante :

Café torréfié..................	} ãã P. E
Acide borique..................	

* * *

207. — Gingivite des femmes enceintes. — M. Pinard a donné la formule d'un liquide qui lui a donné dans ces cas, d'excellents résultats :

Hydrate de chloral..............	} P. E.
Alcoolat de colchlearia...........	

Voici la manière d'en faire usage.

Après avoir enlevé le tartre qui a pu se déposer sur les dents, on applique cette solution tous les jours ou tous les deux jours, sur le bord libre et malade des gencives à l'aide d'un instrument garni d'un peu d'ouate.

Ce pansement est peu douloureux, la cautérisation légère qu'il produit est peu profonde, car l'eschare tombe généralement trente-six heures en moyenne après l'application.



208. — Poudre contre les rougeurs des enfants nouveau-nés. — On doit à M. Vigier la formule d'une poudre bien préférable à la poudre de riz et qui, dans ce cas particulier, sert aux mêmes usages.

Talc pulverisé........................ 90 gr.
Sulfure de zinc....................... 10 gr.



209. — Traitement de l'anémie par les lavements de sang défibriné. — Cette méthode a donné à l'auteur, le Dr Federico Léon, dans le traitement des anémies, d'excellents résultats dont il a rendu compte dans un mémoire publié par la *Gaceta medica catalano.* Le sang injecté est du sang de bœuf ou de mouton, battu pendant 20 minutes et conservé dans une bouteille bien fermée. Ce sang est chauffé au bain-marie immédiatement avant d'administrer le lavement. Les effets sont si rapides qu'au bout d'une heure on observe déjà une élévation de température.



210. — Traitement des hémorrhoïdes par la dilatation forcée. — Dans sa thèse inaugurale, le Dr Rosière reconnaît comme indications opératoires de la dilatation forcée, la douleur et l'hémorrhagie.

La dilatation, d'après l'auteur, est un excellent moyen de combattre ces deux accidents des hémorrhoïdes.

Elle est insuffisante dans les cas de procidence sans contracture.

Elle peut être un moyen de cure définitive; mais ceci n'est pas absolu. Il y a eu des cas où la récidive totale a lieu à longue échéance ou brièvement sous forme de récidive passive avec procidence permanente.

A la rigueur, la dilatation pourraît être employée de nouveau dans le premier cas, et elle est insuffisante dans le second. La dilatation pourraît être employée chez les diathésiques.



211. — Inconvénients de l iodoforme. — Le Dr Poncet a décrit, dans le *Lyon Médical*, les inconvénients de cette substance.

Au premier rang se place l'anorexie iodoformique que nous avons fréquemment observée à des degrés divers chez un grand nombre de blessés, de préférence chez des femmes.

Cette anorexie ne saurait être mise sur le compte de l'anesthésie, de la fièvre post-opératoire, etc. ; on la rencontre chez des sujets qui n'ont pas été anesthésiés, qui n'ont jamais eu d'élévation de température ; elle se montre parfois quelques heures après le premier pansement et dure plusieurs jours après la cessation de l'emploi de l'iodoforme.

Les malades accusent un goût particulier, parfois une odeur bizarre qu'ils qualifient d'âcre, d'amère, d'alliacée, de nauséeuse ; assez souvent, ils ont « le cœur sur la main » ; le dégoût, l'anorexie sont accrus par la gustation des aliments, et le malade refuse volontiers toute nourriture. En pareil cas, on constate toujours dans la salive la présence d'iodures, d'iodates alcalins, et ce n'est point trop présumer que d'attribuer à ces substances cette altération du goût.

La cavité buccale n'est très probablement pas la seule voie d'élimination de l'iodoforme ; la muqueuse gastro-intestinale, sans parler, bien entendu, des reins, doit servir d'émonctoire ; souvent, dans les sécrétions sudorales, nous avons cru rencontrer l'odeur de l'iodoforme.

Bien souvent, on a vu des malades ne se plaindre que d'une seule chose, le lendemain de l'opération et les jours suivants : du goût détestable qu'ils trouvaient à tout ce qu'ils mangeaient. Cette sensation était notablement accrue par l'usage de fourchette, de cuiller d'argent. L'attention sur l'augmentation de l'anorexie par l'argent fut pour la première fois appelée, il y a trois ans, par une malade pansée en ville avec de l'iodoforme après une amputation du sein droit. Cette dame se plaignait d'un goût des plus désagréables qui augmentait lorsqu'elle se servait de cuillers d'argent pour prendre des bouillons, des potages ; elle signala l'odeur fétide, alliacée, que présentaient les instruments en argent qu'elle utilisait.

L'observation parut juste au médecin de la malade ; un objet en argent, mis en contact avec la poudre iodoformée, prenait une odeur détestable, qui devenait surtout très appréciable lorsqu'on frottait la pièce d'argenterie. Cette réaction est des plus sensibles, l'iodoforme a pour l'argent une affinité étonnante.

Prend-on une pièce d'argent, de cinq francs, par exemple, après avoir touché de l'iodoforme, fût-ce même depuis plusieurs heures, si on ne s'est préalablement pas lavé avec soin, l'argent prend une odeur d'ail, de vieux poireaux macérés; si on la désire maximum, il suffit de frotter l'argent entre les doigts ou avec un linge quelconque; cette odeur persiste pendant des semaines; en frottant, on peut, après dix à vingt jours, la faire naître. Il va de soi que, lorsque l'argent a été en contact avec l'iodoforme pendant un certain temps, l'odeur est encore plus tenace.

FORMULAIRE

—

De la pilocarpine comme galactogogue (J. Chéron).

Tout le monde connaît l'action remarquable de la pilocarpine sur les sécrétions, particulièrement sur la sécrétion de la peau et des glandes salivaires.

Il était intéressant de rechercher si cette action ne s'exerçait pas aussi sur la sécrétion lactée. En effet, les glandes mammaires peuvent être comparées, dans une certaine mesure, aux glandes sudoripares. Incidemment quelques auteurs ont reconnu l'action galactogogue de la pilocarpine sur la sécrétion lactée. Mais, au point de vue pratique, nous n'avons rien trouvé sur la question.

Depuis quelques années, nous avons étudié avec grand soin l'action de la pilocarpine sur les maladies de la peau dans notre service de St-Lazare, et nous avons reconnu d'abord que la dose thérapeutique n'est pas nécessairement cette dose élevée qui produit une sécrétion salivaire et une sécrétion sudorale abondantes. La constatation de ce fait important nous a permis d'employer, sans aucuns risques pour l'enfant, la pilocarpine en injections sous-cutanées chez quelques nourrices dont la sécrétion lactée s'était tarie.

Voici la manière de procéder que nous avons employée dans neuf cas, où les résultats, excepté dans un seul, ont été satisfaisants.

Une injection de 0,05 centigrammes de nitrate de pilocarpine est faite au moment où l'on voit diminuer la sécrétion lactée, que cette diminution soit progressive ou brusque. Cette même injection est répétée tous les jours.

Sous son influence, la patiente éprouve un peu de chaleur au visage pendant queiques instants et une poussée de chaleur à la peau qui arrive rarement à la rendre humide.

C'est d'ailleurs une des conditions de succès de ne pas arriver à la diaphorèse. Si la diminution de sécrétion est ancienne, il faut au moins dix ou douze injections pour rétablir l'abondance de la sécrétion lactée. Si au contraire la diminution de sécrétion a été brusque, deux ou trois injections suffisent habituellement.

Dans les différents cas où nous avons eu occasion d'employer ce moyen, il n'a causé aucun dérangement, aucun trouble, ni chez la nourrice ni chez l'enfant.

Les médicaments ou les moyens galactogogues préconisés dans les traités de thérapeutique, jouissent de propriétés si peu sérieuses, qu'il y a lieu de donner la premiàre place à la pilocarpine, dont l'action, en pareille circonstance est des plus remarquables.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I.— Tuberculose des organes génitaux chez la femme (Spaeth, *thèse de Strasbourg*).

II. — Difficultés inhérentes au diagnostic de la grossesse (M. Graverry).

III. — Un nouveau procédé d'hystérectomie.

I. — M. Spaeth nous donne, dans sa thèse inaugurale, le relevé de cent dix-neuf cas de tuberculose des organes génitaux chez la femme. Sur ce nombre, 28 ou le quart environ, sont des exemples de localisation primitive de la tuberculose à l'appareil génital. Le vagin est rarement atteint, ce qui peut s'expliquer par la structure de son épithélium pavimenteux, qui lui constitue un revêtement protecteur d'une réelle efficacité. L'utérus, au contraire, ne s'est montré indemne qu'une seule fois.

Sur les 119 cas analysés, dix fois (ce qui donne la proportion de 8,4 %,) les lésions tuberculeuses avaient atteint l'utérus et respecté les trompes et dans trois de ces faits, il s'agit de tuberculisation ayant débuté par la matrice. M. Spaeth fait remarquer que le col est très rarement envahi, ce qui montre que les lésions traumatiques du col ne doivent pas jouer un rôle bien important dans la tuberculisation.

Les trompes sont beaucoup plus souvent atteintes que les autres portions de l'appareil génital ; on peut même dire que leur

intégrité est rare, puisqu'on les trouve contaminées 103 fois sur 119 ou dans 86,5 % des cas. Sur ce nombre, 29 fois (plus du quart) la tuberculose y était limitée ; 66 fois elle intéressait les trompes et l'utérus, et 5 fois les trompes, l'utérus et les ovaires.

Ceux-ci sont pris dans 1/8 des cas environ (15 fois sur 119), qui se subdivisent de la façon suivante : ovaires seuls, 4 fois ; ovaires et trompes, 3 fois ; ovaires trompes et utérus, 5 fois ; ovaires et utérus, 3 fois.

D'après M. Spaeth, il n'existerait pas un seul fait indiscutable de tuberculose des organes génitaux externes.

La question de l'étiologie est particulièrement intéressante ; on a, en effet, beaucoup parlé, il y a quelque temps, de la possibilité de la contagion de la tuberculose, entre époux, par le coït, et on a porté, devant les sociétés savantes, plusieurs faits assez démonstratifs de tuberculisation primitive des organes génitaux chez des individus mariés à des femmes tuberculeuses. M. Spaeth admet également la possibilité de l'infection directe pendant le coït. Cependant, c'est d'habitude par la voie des vaisseaux sanguins ou par l'intermédiaire du péritoine que la tuberculose se propage aux organes génitaux de la femme.

II. — Dans l'une des précédentes revues de ce journal, il a été question, à propos d'une communication de M. Lefort, des difficultés que l'on éprouve dans certains cas à faire le diagnostic différenciel de la grossesse et des tumeurs pelviennes. On se rappelle que le savant chirurgien de l'hôpital Necker avait soumis une malade aux inhalations de chloroforme et allait l'opérer lorsque l'on sentit, d'une façon très nette, des contractions utérines et les mouvements actifs d'un fœtus.

M. E. Graverry rapporte aujourd'hui dans la *France médicale* une observation analogue recueillie dans le service du Dr Després à la Charité.

Il s'agit d'une femme de 36 ans, qui, actuellement bien réglée, avait une aménorrhée absolue depuis 4 mois lorsque, tout à coup elle fut prise de métrorrhagies assez abondantes pour les-

quelles elle consulta un médecin de la ville qui, soupçonnant un corps fibreux intra-utérin, introduisit un hystéromètre dans la matrice à une profondeur de 7 centimètres. Les pertes durèrent un mois pendant lequel elle vit plusieurs médecins qui tous écartèrent l'idée de grossesse en raison de la durée de la métrorrhagie et de ce fait que la sonde utérine avait pénétré à 7 centimètres seulement (1), et envoyèrent la malade au Dr Després pour la faire opérer de son corps fibreux.

A l'entrée à l'hôpital, voici ce que l'on constata :

A la vue, ventre volumineux, présentant une saillie siégeant sur la ligne médiane.

A la palpation, on a la sensation d'une tumeur dure, régulière, à contours arrondis, à grosse extrémité dirigée en haut, occupant exactement la ligne médiane et remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

« Au toucher vaginal, on sent que le col de l'utérus est remonté et reporté en arrière. Il est gros, dur, un peu entr'ouvert. Les culs-de-sac sont libres; on ne sent aucune tumeur dans le voisinage. En combinant le palper abdominal avec le toucher vaginal et en imprimant un déplacement au col avec le doigt introduit dans le vagin, la main qui est appuyée sur l'abdomen et qui embrasse la tumeur perçoit très bien que celle-ci suit le mouvement.

Il n'est pas fait mention de l'auscultation, de l'examen au point de vue de la coloration des organes génitaux externes, de l'état des seins, etc.

(1) A ce propos, je ferai remarquer que lorsqu'on se sert des hystéromètres rigides ancien modèle, avec la courbure de Huguier, et que l'on pratique le cathétérisme *sans retirer le spéculum*, il est fréquent de ne pas pénétrer au-delà de 7 centimètres même dans des cas où l'utérus mesure 9, 10 centimètres et davantage, comme on peut s'en convaincre d'abord par un examen bi-manuel sérieux et plus sûrement encore avec un hystéromètre souple et très flexible, comme ceux en cuivre rouge ou en étain, mis en usage par M. Chéron, auxquels on donne très facilement les courbures favorables à la pénétration de la sonde jusqu'au fond de l'organe. C'est, à mon avis, une des meilleures démonstrations pratiques de la nécessité de la double courbure préconisée par notre chef de service pour tous les instruments destinés à la cavité utérine.

J. B.

Bien que ces signes ne fussent pas très concluants, que la malade n'avouât pas percevoir des mouvements dans l'utérus et avoir eu aucun rapprochement sexuel, M. Després, soupçonnant la grossesse, se borna à traiter les métrorrhagies par le café noir et tint la malade en observation. Les pertes continuèrent et 13 jours après on assistait à l'expulsion d'un fœtus de six mois environ. Depuis ce temps la tumeur a naturellement disparu, les métrorrhagies ont cessé et la malade reprend peu à peu ses forces.

M. Graverry donne encore le résumé d'une autre observation absolument semblable du Dr Després ; ce fut l'état violacé du col qui mit sur la voie du diagnostic.

De pareils faits sont instructifs ; ils amènent naturellement la même conclusion : penser toujours à la grossesse chez les femmes encore en âge d'avoir des enfants, en rechercher tous les signes et ne pas intervenir avant que neuf mois se soient écoulés depuis la tumeur.

III. La question de l'hystérectomie pour le traitement du cancer de l'utérus n'étant pas jugée d'une façon définitive et les extirpations partielles, beaucoup moins dangereuses, continuant à donner des résultats très encourageants, comme le prouvent, entre autres, plusieurs faits publiés récemment dans ce journal, il est utile de noter toutes les tentatives de chirurgie conservatrice — conservatrice de l'utérus et surtout de la vie des malades — et les perfectionnements de ce manuel opératoire de l'amputation du col.

M. Buffet (d'Elbeuf) publie dans la *Gazette des Hôpitaux* deux observations d'épithélioma du col opérés de la façon suivante :

Les parois du vagin étant écartées avec deux valves à manche, le col, saisi avec des pinces de Museux, est abaissé aussi bas que possible.

On pratique avec le bistouri une incision circulaire autour du col comme pour l'hystérectomie et on décolle l'utérus de la vessie et du rectum avec l'index, sans ouvrir le péritoine.

On abaisse encore un peu plus la matrice si c'est possible et on la saisit entre les mors d'une pince courbe sur le champ que l'on serre au premier cran. De cette manière, on peut couper au bis-

touri tout ce qui est au-dessous de la pince — et la section porte alors au-dessus de l'orifice interne, — sans perdre une goutte de sang.

M. Buffet fait une injection phéniquée chaude, met deux éponges dans le vagin et applique sur la vulve un petit tampon d'ouate maintenu par un bandage en T.

L'opération se fait ainsi très rapidement, l'hémostase est complètement assurée, l'incision dépasse de beaucoup les limites du mal, puisque la section porte au-dessus de l'orifice interne ; enfin le temps si pénible de l'application des sutures est supprimé.

Ces avantages sont sérieux et constituent un perfectionnement véritable de l'amputation du col : aussi me semble-t-il que, dans le cas d'épithélioma du col, c'est au procédé de M. Buffet qu'il conviendrait de donner la préférence. L'avenir montrera du reste les résultats qu'il fournit au point de vue de la récidive du cancer.

J. B.

ETUDE SUR LE CHANCRE NON INFECTANT DE L'UTÉRUS

Et ses rapports avec le chancre mou du vagin

Par le Dr MOUGENC DE SAINT-AVIT, ancien interne à Saint-Lazare.

Pendant le cours de nos études médicales et pendant notre année d'internat à Saint-Lazare, nous avons eu l'occasion de voir et d'observer un certain nombre de chancres mous du col de l'utérus. Dans les cas qu'il nous a été donné d'examiner, les chancres du col coïncidaient assez souvent avec des chancres du vagin ; mais ceux-ci naissaient habituellement les premiers, et étaient le résultat d'inoculations successives. Nous avons alors fait des recherches dans les auteurs qui ont traité cette question, et nous avons trouvé un certain nombre d'observations se rapportant en tous points aux nôtres.

De plus, nous avons pu recueillir quelques faits dans lesquels

le chancre non infectant était situé non sur le col, mais dans la cavité utérine elle-même. Ce sont tous ces faits que nous allons réunir. Nous nous proposons donc dans ce travail :

1° D'étudier les chancres mous du col de l'utérus ;

2° D'étudier les chancres mous de la cavité utérine ;

3° D'indiquer les rapports qui existent entre les chancres utérins et les chancres de même nature qui peuvent se montrer sur le vagin.

Avant d'aborder cette étude, qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements à notre savant et bienveillant chef de service, à l'hôpital Saint-Lazare, M. le Dr Chéron ; à tous nos maîtres dans les hôpitaux, et à notre collègue et ami, M. Barancy, qui a bien voulu nous prêter son concours dans nos recherches.

1° Dans un premier chapitre, nous ferons l'historique de la question ;

2° Le deuxième chapitre comprendra la symptomatologie du chancre non infectant de l'utérus, qu'il affecte le col ou la cavité utérine; nous traiterons donc de ses signes, de sa fréquence, de son siège et de ses formes ;

3° Le troisième chapitre sera consacré aux complications du chancre utérin et à ses rapports avec le chancre mou du vagin ;

4° Le diagnostic fera l'objet de notre quatrième chapitre ; et le traitement terminera cette étude dans une cinquième et dernière division.



Le chancre non infectant du col de l'utérus n'est connu que depuis peu de temps. Il n'a été observé *de visu* que depuis M. Ricord, qui le premier appliqua le spéculum à l'étude des maladies vénériennes chez la femme. Il fit remarquer que les différentes ulcérations vénériennes sont très rares au delà des caroncules myrtiformes et que, cette barrière une fois franchie, c'est sur le col qu'on a le plus de chance d'en rencontrer ; on n'en voit dans le vagin qu'exceptionnellement.

En 1843, M. Gosselin décrit les ulcérations syphilitiques du col, et insiste sur l'excessive rapidité avec lesquelles elles se réparent.

En 1848, Grivot-Grandcourt étudie avec soin les chancres du col. Sur douze observations de chancres du col recueillies par cet auteur ou empruntées par lui à MM. Ricord, Robert, Boys de Loury, Delmas, Bennet, il y en a cinq où l'inoculation, pratiquée à la cuisse de la malade, donna lieu au développement de la pustule caractéristique.

M. Bernutz, dans un mémoire lu en 1855, à la Société médicale des hôpitaux, rend compte de douze observations personnelles. Il décrit trois formes de chancres :

1° Les chancres proprement dits, possédant tous les caractères du chancre classique ;

2° Les chancres diphthéritiques, saillant et revêtant l'apparence d'une fausse membrane ;

3° Les chancres ulcéreux, rongeants, ayant l'aspect d'une ulcération envahissante de mauvaise nature.

M. Bernutz, comme la plupart des auteurs précédents, confond dans une description commune le chancre simple et le chancre syphilitique du col. Mais il est possible de reconnaître, dans la discription qu'il donne de la maladie, un certain nombre de caractères qui se rapportent plus particulièrement au chancre simple.

M. A. Guérin (1864) est le premier qui ait fait une place à côté du chancre mou du col au véritable chancre infectant de même siège ; encore se borne-t-il à le mentionner.

M. Després, dans son Traité iconographique des ulcères du col (1870), mentionne les deux variétés de chancres, mais déclare qu'on ne peut distinguer le chancre infectant du col du chancre mou.

Sperini relate in extenso quatre observations de chancres du col de l'utérus, inoculés avec succès.

Rollet a vu sept exemples de chancres simples du col utérin.

MM. Gosselin, Richet, Sirus-Pirondi, Fournier, en ont vu aussi un certain nombre. MM. Gosselin et Richet les tiennent pour très rares. M. Sirus-Pirondi les regarde au contraire comme très fréquents, et comme coexistant presque toujours avec des chancres semblables de la fourchette.

Courty consacre un paragraphe aux chancres syphilitiques du col ; mais, sous ce nom, il ne décrit que les chancres simples.

M. Gallard s'exprime ainsi à ce sujet : « Les ulcères (syphilitiques) diffèrent de l'ulcération simple par leur aspect général, et surtout par le fond grisâtre ou jaunâtre qui se retrouve dans toutes les ulcérations *syphilitiques* du col, susceptibles d'être *inoculées*. »

M. Fournier, dans ses leçons cliniques, fait disparaître cette longue confusion entre les deux chancres utérins.

Nous avons trouvé dans la thèse de Schwartz, en 1873, et dans la thèse de Gardillon, 1881, un certain nombre d'observations très intéressantes.

La plupart des faits signalés par les auteurs dont les noms précèdent se rapportent à des cas de chancres du col. Quelquefois, le chancre peut siéger dans la cavité utérine elle-même, ainsi que le démontrent les observations de Bennet et de Delmas.



Fréquence. — D'après ce que nous venons de voir dans l'historique, le chancre non infectant du vagin est assez rare. Néanmoins, tous les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point.

Ricord, dans une statistique publiée en 1838, donne les chiffres suivants :

CHANCRES A LA PÉRIODE ULCÉRATIVE OU DE PROGRÈS :

Vulve	139
Vagin	2
Col utérin	12
De l'anus	28
Des lèvres	4
De la gorge	2
De sièges divers	6

Ricord considérait ces chancres comme syphilitiques. Mais l'inoculation de ces chancres ayant été positive, nous savons aujourd'hui qu'ils doivent être regardés comme des chancres simples.

Debauge, sur 206 chancres non infectants, n'en signale qu'un seul sur le col utérin.

Robert, pendant un séjour de quatre années à l'hôpital de Lourcine, n'en a observé que 2 cas.

Tandis que la plupart des auteurs signalent la rareté du chancre non utérin, nous en voyons quelques-uns, comme Sirus-Pirondi, le considérer comme fréquent. Ce dernier auteur a vu 58 fois un chancre utérin sur 60 cas de chancres mous multiples.

L'ulcère, le premier jour, siégeait sur la paroi vaginale, et c'est lui qui, consécutivement, a inoculé le col. La folliculite chancreuse doit faire songer à l'existence de la lésion du col utérin ; aussi doit-on toujours faire l'examen au spéculum, lorsqu'on a constaté d'une façon très nette la folliculite chancreuse.

En résumé, les chancres simples du col de l'utérus existent rarement sans être accompagnés de chancres de même nature à la vulve, et principalement à la commissure postérieure de l'organe. Il en est des chancres vulvaires postérieurs, chez la femme, à l'égard des chancres utérins, comme des chancres de la couronne du prépuce, chez l'homme, à l'égard des chancres uréthraux ou sous-préputiaux profonds ; les premiers naissent habituellement des seconds et sont le résultat d'inoculations successives.

Les chancres de l'utérus sont produits, comme les autres, par l'inoculation directe dans l'acte du coït. L'abaissement de l'utérus et les ulcérations simples du col favorisent l'inoculation, d'une part, en rendant l'organe plus accessible à l'agent de la contagion, de l'autre en détruisant l'épithélium et ouvrant la porte au principe contagieux.

M. Richet, dans son rapport à la Société de chirurgie, n'accepte pas cette manière de voir. Mais Davooslay, Després, sans admettre toutes les conclusions de Pirondi, regardent néanmoins les chancres du col comme fréquents. « J'ai vu, dit M. Després, sur 93 malades atteintes de chancres mous multiples de la vulve, 9 ulcérations dont l'origine ne pouvait pas être rattachée franchement à des chancres mous du col, et 43 fois un chancre mou vrai ou un chancre mou en voie de réparation ; chez les malades, au nombre de 39, qui avaient à la fois la syphilis et des chancres

mous, 12 fois j'ai observé un chancre du col, ou une trace de chancre sur le col. »

De 1879 à 1881, Martineau n'a observé que deux cas de chancres du col sur 172 cas de chancres mous.

M. Fournier en a observé 25 cas pendant six ans passés à Lourcine.

Dans les recherches que nous avons faites sur la fréquence relative des chancres mous du col et des autres régions, nous avons trouvé que, pour l'année 1885, dans les services des docteurs Chéron, Boureau, Leblond et de Sinety, à Saint-Lazare, on avait observé 6 chancres mous du col pour 32 chancres mous situés dans des régions différentes.

Causes. — Les chancres du col sont souvent accompagnés de chancres du vagin, et nous verrons que, s'il en est ainsi, c'est parce que le chancre du vagin n'est que le résultat d'une inoculation d'un chancre du col sur la muqueuse vaginale. Dans les observations que nous relatons plus loin, nous verrons que le chancre du col paraît avoir précédé dans presque tous les cas les chancres mous du vagin. Il n'y a qu'un seul cas cité par M. Schwartz, dans lequel l'état de grossesse paraît également prédisposer aux chancres utérins, peut-être à cause du ramollissement du col et des excoriations consécutives qu'entraîne habituellement à sa suite la gestation arrivée à une certaine période.

Le chancre mou n'affecte pas seulement l'utérus au niveau du museau de tanche ; il peut aussi occuper la muqueuse de la cavité utérine. Les faits de cet ordre sont absolument exceptionnels. Néanmoins, nous avons pu en recueillir trois observations, dont deux sont tout à fait probantes.

Caractères du chancre simple de l'utérus. — Au point de vue symptomatique, deux cas sont à considérer.

Dans le premier cas, le chancre occupe le museau de tanche, avec ou sans envahissement de la cavité cervicale, et ses caractètères extérieurs peuvent être appréciés par la vue et le toucher. Les faits de cette catégorie sont de beaucoup les plus nombreux.

Dans le second, le chancre n'est pas visible à l'extérieur. La lésion est intra-utérine. Les symptômes sont alors des plus obscurs.

Les faits de cet ordre sont rares, et nous n'avons pu en recueillir qu'un très petit nombre.

Nous nous occuperons d'abord des chancres siégeant sur le col lui-même.

Siège. — L'érosion ou l'ulcération chancreuse peut occuper divers points du col. Nous avons à ce point de vue dépouillé un certain nombre d'observations ; nous avons pu en examiner quarante-sept, publiées dans ces dernières années ou recueillies par nous.

Dans ces quarante-sept faits, le chancre siégeait :

8 fois sur la lèvre antérieure.

11 fois sur la lèvre postérieure.

7 fois sur les deux lèvres en même temps.

4 fois sur les commissures, 3 fois à droite, 1 fois à gauche.

13 fois sur l'orifice même.

2 fois le siège n'est pas indiqué.

Chez quelques-unes des malades, il y avait à la fois un chancre de la lèvre antérieure et des commissures ; chez d'autres, un chancre de l'orifice étendu à l'une des lèvres.

Le siège n'offre donc rien de caractéristique, et le chancre simple du col peut être excentrique ou central.

Nombre.— Il est rare que le chancre simple soit isolé. Bien entendu, nous ne parlons pas ici des chancres concomitants du vagin ou de la vulve : il s'agit seulement des ulcérations chancreuses siégeant sur le col. A cet égard, les variétés sont nombreuses, si nous nous en rapportons à des faits :

18 fois il n'existait qu'un chancre.

8 fois il en existait deux.

6 fois, trois et plus.

Epoque d'apparition. — Sur l'utérus comme ailleurs, le chancre simple a une incubation courte. Dans tous les cas où on peut se renseigner, il est rare que le chancre se montre plus de quatre jours après le coït infectant.

Caractères extérieurs. — Dans les cas types, le chancre simple utérin se présente sous l'aspect d'une ulcération d'étendue variable, à bords décollés, taillés à pic, à fond grisâtre, sanieux.

Il débute soit par une ulcération, surtout s'il est inoculé sur une partie déjà dépouillée de son épithélium (ainsi que cela a été observé quelquefois sur un col atteint d'épithélioma), soit par une véritable pustule, qui, en se rompant, laisse après elle l'ulcération caractéristique. Mais on assiste rarement au début, à moins qu'on ait sous les yeux des chancres résultant d'auto-inoculation au voisinage d'un chancre déjà existant. Le plus souvent, pour voir ce chancre du col, il faut le chercher, car sa présence n'entraîne souvent aucun phénomène capable de forcer l'attention du médecin. Le plus souvent, comme le fait remarquer M. Fournier, on est mis sur la voie de l'accident du col par la constatation de lésions siégeant à la vulve, au périnée ou à l'anus. Si l'on pratique alors l'examen au spéculum, on peut observer plusieurs formes très différentes.

Et d'abord, autour ou au voisinage de l'ulcération principale, on aperçoit assez souvent de petites élevures de faible volume, tantôt simplement granuleuses si elles sont récentes, tantôt simplement pustuleuses. C'est la *folliculite*. Que la pustule se rompe, on aura une ulcération d'un très petit diamètre, reproduisant à une échelle réduite tous les caractères classiques de la chancrelle. C'est le *chancre folliculaire*. Cette variété est ordinairement multiple; de plus, elle est presque toujours secondaire.

Au lieu d'être limitée, et de n'avoir que le volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet, l'ulcération peut atteindre des proportions beaucoup plus considérables, son diamètre peut égaler et même dépasser celui d'une pièce de 2 francs. On conçoit que, dans ce cas, l'ulcération ne soit pas en quelque sorte cantonnée dans une portion de la surface du museau de tanche. Elle occupe tantôt le sommet, tantôt une lèvre tout entière. C'est le *chancre ulcéreux*. Nous ne croyons pas cependant que cette étendue implique un pronostic plus grave. Dans aucune de nos observations, en effet, nous n'avons vu mentionné le phagédénisme, si grave dans d'autres régions. Il a été vu cependant, mais nous n'en connaissons pas d'exemple.

Enfin, la lésion peut revêtir une forme déjà connue depuis longtemps, mais confondue avec le chancre infectant. Cette for-

me, bien décrite par de Molènes, dans un mémoire publié en 1881, est la forme *diphthéroïde*. Le chancre se recouvre d'une fausse membrane grisâtre, adhérente, ressemblant beaucoup à une pseudo-membrane diphthéritique. Vient-on à l'enlever, on met à nu une surface ulcérée, saignante le plus souvent, quelquefois sanieuse. Le chancre diphthéroïde est ordinairement de grande dimension.

Quelle que soit la variété clinique, le chancre simple offre cependant un certain nombre de caractères toujours les mêmes. D'abord, il est douloureux, soit spontanément, soit au toucher. Le passage d'un pinceau, le contact du doigt ou du spéculum causent de la douleur. De plus, la surface ulcérée est friable et saigne facilement. Aussi la coloration jaune verdâtre du pus est-elle souvent marquée par du sang ; de là une teinte rouge plus ou moins vive, très différente en tout cas de la couleur cuivrée du chancre huntérien. Ce sont là d'ailleurs des caractères communs à tous les chancres mous, et ceux de l'utérus n'ont à ce point de vue rien qui les différencie de ceux des autres régions.

Mais il n'en est pas de même au point de vue de la consistance. Même en laissant de côté l'observation de Bennet, qui peut prêter à la critique, il reste un certain nombre de faits dans lesquels l'ulcération reposait sur une base manifestement indurée. En effet, si, dans la très grande majorité des observations, il est expressément indiqué que les parties environnantes ne présentaient aucune altération, il se trouve néanmoins des faits où les tissus ambiants, participant à la lésion, sont infiltrés et gonflés et prennent une consistance plus ferme. Tantôt il s'agit d'un induration en masse du col qui est gros et dur. Il y a là une difficulté de diagnostic qui serait insurmontable si nous ne possédions dans l'inoculation un critérium excellent. Le chancre mou, on le sait, est presque indéfiniment réinoculable. Les expériences d'Auzias-Turenne en sont la preuve, et les recherches déjà anciennes de Ricord l'avaient surabondamment démontré. On sait du reste qu'il faut prendre sur le chancre lui-même la matière à inoculer, et que les suppurations secondaires telles que les bubons paraissent stériles. C'est du moins ce qui résulte des recherches de M. Straus

et des discussions soulevées par ses communications à la Société de chirurgie.

Nous donnons ici le résumé de quelques observations empruntées à la thèse de Rossignol, et portant sur des chancres durs, dont l'inoculation a permis d'établir avec certitude la véritable nature.

Chancre simple du col. — Induration de la base.— Inoculation positive.

(Th. de Rossignol, 1856.)

Bernardine D..., 28 ans. Entre à Saint-Lazare le 4 décembre 1852, sort le février 1853. Ulcération chancreuse du col, large comme une pièce de 1 franc. Située à droite sur la lèvre antérieure ; fond grisâtre, affaissé, bords crénelés, saillants, reposant sur une base indurée ; écoulement louche, grisâtre, et bien distinct de l'écoulement utérin qui offre tous les caractères du catarrhe utérin. Une inoculation produit une pustule caractéristique : le pus de cette dernière inoculé produit également un chancre.

Chancre simple. — Bords indurés — Inoculation positive.

(Th. Rosignol.)

Marie-Marguerite D..., 21 ans, entrée le 16 janvier, sortie le 22 mars 1853. Ulcération spécifique du col, large comme une pièce de 2 fr. (lèvre antérieure). Bords saillants, inégaux, rouges, durs, saignant facilement : fond recouvert d'un liquide puriforme, ichoreux, avec points bruns et rouges ; écoulement utérin épais, purulent. Le pus de l'ulcère inoculé produit un chancre. L'écoulement utérin inoculé trois fois n'a rien produit.

Chancre simple. —Induration diffuse. — Inoculation positive.

(Th. de Rosignol.)

Anna B..., 21 ans. Entrée le 8 février, sortie le 19 mars 1853. Chancre énorme du col situé à la commissure droite, rongeant la lèvre antérieure et la lèvre postérieure sur une surface de plus de 3 centimètres ; col considérablement engorgé : le voisinage de la commissure gauche seul est intact. C'est le chancre le mieux

caractérisé qu'on puisse voir : bords saillants, inégaux, déchiquetés à pic, rouges, saignants, denses; surface ulcérée, inégale, fortement excavée, recouverte d'un pus ichoreux, gris jaunâtre, avec quelques stries de sang. Le contact du doigt et simplement du balai provoque une sensation douloureuse. Le diagnostic étant de la dernière évidence, il n'a point eté pratiqué d'inoculation.

Nous arrivons maintenant à la seconde catégorie de faits. Le chancre, nous l'avons dit, peut siéger dans la cavité utérine ou plutôt cervicale. Ici la symptomatologie est bien moins nette. Voici deux observations — les seules que nous ayons pu recueillir — qui en donnent une très bonne idée.

Observation I.

Chancre intra-utérin.

Thèse de Bennet, 1843 (se trouve également dans la thèse de Schwartz, 1873).

Le 1er mai 1843 est entrée à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Emery, une femme âgée de 30 ans, d'une constitution assez robuste. Elle dit jouir habituellement d'une bonne santé ; elle est réglée régulièrement tous les mois pendant quatre jours. Il y a quelques années, elle eut un enfant à terme ; elle n'a pas habituellement de flueurs blanches. Depuis deux ans, elle vit avec une personne d'un âge mûr, avec laquelle elle entretient des relations sexuelles. Quelques semaines avant son entrée, elle donna à cette personne un chancre qui fut suivi du bubon syphilitique. Elle avoue avoir eu des communications suspectes. Examinée au spéculum par le médecin qui la soignait, on ne constata qu'un écoulement mucoso-puriforme abondant, provenant de toute la surface interne du vagin ; « le col était parfaitement sain, me dit-il ; il n'y avait pas la moindre trace d'ulcération syphilitique dans aucune région des parties génitales.» A son arrivée à l'hôpital, nous constatons l'exactitude des examens antérieurs. L'écoulement était abondant, épais ; mais il n'y avait aucune trace d'ulcération. Le col était à l'état normal, nullement engorgé, présentant une rougeur extérieure un peu exagérée, sembla-

ble à celle de la muqueuse vaginale. Entre les lèvres du col on voyait un mucus purulent, opaque, qui semblait sortir en nappe de la cavité même. L'utérus était légèrement sensible à la pression et un peu plus volumineux que dans l'état normal ; mais, comme elle avait eu ses règles seulement deux jours auparavant, ces syptômes n'avaient pas de valeur. Les lèvres, entr'ouvertes par le spéculum, ne me permirent de voir aucune lésion appréciable entre elles. Guidé par ces données, cependant, nous conclûmes à une métrite interne compliquant la blennorrhagie. La malade fut soumise à un traitement approprié (cubèbe et copahu, régime rafraîchissant, bains généraux, injections émollientes), et la blennorrhagie diminua rapidement. Dans les dix jours qui suivirent, elle fut deux fois examinée au spéculum, et chaque fois le col présentait le même état ; ce qui nous confirma dans notre diagnostic ; la sensibilité et la congestion utérine avaient cependant presque entièrement disparu. Le 16 mai, le spéculum fut de nouveau appliqué, et nous vîmes une petite ulcération, à fond gris, sur la face interne de la lèvre antérieure du col, évidemment sortant de la cavité. La lèvre antérieure, qui auparavant était molle et de même volume que la lèvre inférieure, était notablement développée. Dans la présomption que l'ulcération était syphilitique, elle fut cautérisée avec le nitrate acide de mercure, et la malade fut soumise à un traitement mercuriel (bichlorure de mercure 1/7[e] de grain par jour, tisane de salsepareille). Malgré les moyens employés, l'ulcération se développa et arriva à la grandeur d'une pièce de deux francs, mais sans conserver ses caractères primitifs. L'engorgement de la lèvre antérieure, sur laquelle elle reposait, augmenta en même temps, de manière à atteindre le volume d'une petite noix. L'ulcération fut cautérisée toutes les semaines. Après la huitième cautérisation, elle commença à diminuer, mais ne fut parfaitement cicatrisée qu'à la fin de juillet. L'engorgement du col diminua beaucoup, mais n'avait pas encore entièrement disparu lorsque la malade fut renvoyée comme guérie le 1[er] août. L'écoulement de pus d'entre les lèvres du col cessa peu de temps après l'apparition de l'ulcération. La blennorrhagie disparut aussi pendant le cours du trai-

ment; le traitement mercuriel fut continué pendant un mois sans amener la salivation. Il n'y eut pas d'autres symptômes syphilitiques.

Observation II.

Chancre simple de la cavité utérine.

Vers la fin de mars 1840, la nommée J. B..., âgée de 22 ans, fut visitée par le professeur Lallemand, et cela par tous les moyens d'investigation connus. Rien ne décèle chez elle aucun symptôme syphilitique. Cependant cette visite avait été faite sur l'invitation d'un officier qui se plaignait d'avoir été infecté par cette femme. Plusieurs plaintes analogues ayant été portées, cette personne fut dirigée sur le dépôt de police, et, en présence d'un assez grand nombre d'élèves, M. Delmas la soumit à un examen très exact. Le col parut sain ; mais en le pressant avec le spéculum, il en sorti un liquide muco-purulent avec lequel on pratiqua quatre inoculations sur la cuisse droite de la malade, inoculations qui revêtirent la forme de quatre chancres bien caractérisés (Delmas et Combal).

On le voit, la symptomatologie est assez obscure. Ecoulement leucorrhéique, muco-purulent et douleur, ce sont là des caractères d'ordre banal qui appartiennent aussi bien à la métrite qu'à l'ulcération chancrelleuse de la cavité utérine. Ici comme pour les cas douteux de la surface du col, l'inoculation est le meilleur critérium. Il suffit, en effet, de prendre avec les précautions convenables un peu de ce muco-pus au bout d'une lancette et de l'inoculer sous l'épiderme pour voir se développer au point lésé la pustule caractéristique.

*
* *

Le chancre simple dure en moyenne un mois, quelquefois un peu plus. On a cité des durées de deux mois et demi, et nous en rapportons quelques exemples. La durée n'a d'ailleurs rien de caractéristique.

L'évolution, au contraire, a des allures tellement spéciales, qu'elle peut permettre un diagnostic rétrospectif. A ce point de

vue on peut assigner à l'existence du chancre simple trois périodes.

La première, fort courte, comprend les phénomènes qui se produisent entre l'inoculation du virus et l'apparition de la lésion ulcéreuse. Au point où le chancre doit naître, une légère élevure, une sorte de papule se montre ; cette papule s'acumine, blanchit au sommet et s'ouvre.

On entre alors dans la seconde période, période d'état. L'ulcération grandit en surface et en profondeur. C'est à ce moment que peuvent apparaître la fausse membrane du chancre diphthéroïde, ou l'induration périphérique que nous avons signalée plus haut. C'est également alors que peut se montrer le phagédénisme, rare, heureusement ; à cette période appartiennent également les complications que nous passerons bientôt en revue.

Après un temps variable, le chancre entre dans sa troisième période, période de réparation. L'ulcération se déterge, elle se rétrécit à la fois en surface et en profondeur ; la coloration verdâtre fait place à une teinte rosée ; puis, la perte de substance se comblant petit à petit, une cicatrice se substitue à elle, cicatrice blanche, froncée, persistante, plus ou moins difficile à mettre en évidence, mais toujours possible à retrouver quand on la recherche convenablement. Cette période de réparation dure peu, et la rapidité avec laquelle le chancre change d'aspect a quelque chose de tout à fait caractéristique.

(A suivre.)

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE

(Service de M. J. Chéron)

Des usages thérapeutiques de la curette en gynécologie

Leçon recueillie par M. Jules Batuaud, interne du service

Messieurs,

J'ai l'intention de vous parler aujourd'hui de l'emploi de la cu-

rette en gynécologie. Plusieurs d'entre vous se sont étonnés du peu de développement donné à cette question dans les traités classiques et m'ont demandé de résumer, dans cette leçon, l'état actuel de la science sur ce sujet.

C'est ce que je vais faire aussi brièvement que possible.

Vous n'ignorez pas que le raclage ou curettage de l'utérus fut imaginé en 1846, par Récamier, qui l'appliqua surtout au traite ment des hémorrhagies causées par l'existence de proliférations spéciales de la muqueuse, analogues aux bourgeons charnus des plaies en voie de réparation et qu'il dénommait fongosités utérines.

La curette de Récamier, que je fais passer sous vos yeux, est un instrument rigide, en acier, long de 30 centimètres, cylindrique à sa partie moyenne, courbé en sens inverse à ses deux extrémités qui sont creusées en gouttières à bords minces comme ceux d'une rugine, capables d'enlever par simple frottement les exubérances de la muqueuse utérine. Les extrémités ont à peu près la courbure de l'hystéromètre de Huguier inventé peu d'années auparavant.

L'idée de porter dans la matrice un instrument semblable devait, à cette époque, passer pour hardie et téméraire ; néanmoins Récamier n'hésita pas à pratiquer le curettage des fongosités utérines qui lui donna d'excellents résultats dans un grand nombre de cas, mais amena malheureusement trois fois la mort par perforation. Demarquay avait éprouvé deux fois le même accident, Bocker avait vu se développer une fois, sous l'influence du curettage, une péritonite grave et Peasbe avait perdu une de ses malades de collapsus ; aussi, malgré les succès de Récamier, ceux de Marjolin, Robert, Nélaton, Nonat, Maisonneuve, etc., le raclage rencontra-t-il de nombreux adversaires : Aran le qualifiait de pratique « hasardeuse », Becquerel « d'opération barbare » ; pour M. Gallard, c'était une « détestable opération » qu'on devait complètement abandonner.

Vous le voyez, messieurs, on préférait condamner la méthode sans réserves que de s'ingénier à perfectionner l'instrumentation et le manuel opératoire !

Cette période de discrédit et d'abandon de la méthode de Récamier a duré longtemps en France et nous n'en sommes pas encore complètement sortis. Pendant ce temps les gynécologues étrangers se sont mis à l'œuvre : on a imaginé des curettes flexibles et mousses pour la cavité utérine, des curettes rigides et tranchantes pour le col ; le manuel opératoire a été mieux réglé ; l'innocuité du raclage a été obtenue par des précautions d'antisepsie inconnues du temps de Récamier et l'efficacité de l'opération assurée par des manœuvres complémentaires telles que les lavages modificateurs et les cautérisations utérines. Les noms de Marion Sims, de Simon, de Gaillard-Thomas, de Mundé, de Hégar, Schrœder, Martin, Emmel, Schultze, Russel-Simpson, etc., sont attachés à ces divers perfectionnements.

Vous avez pu lire dernièrement dans ma Revue les comptes rendus des travaux des D[rs] Fraipont (de Liège) et Walton (de Bruxelles) sur le traitement palliatif de l'épithélioma du col par le raclage et vous savez que M. Terrillon a traité le même sujet dans le *Bulletin de Thérapeutique*.

Cependant, nous laisserons de côté pour aujourd'hui, si vous le voulez bien, cette dernière indication de la curette, et cela parce que c'est probablement la partie du sujet qui est la mieux connue de vous et aussi parce que je suis loin de partager l'enthousiasme de beaucoup d'auteurs pour le raclage de l'épithélioma du col. Je crois donc vous être plus utile en vous parlant des autres *indications thérapeutiques* (1) du curettage.

Le curettage est un excellent moyen de destruction des végétations simples ou papillomes des parties génitales, quel que soit leur siège : vulve, vagin ou col de l'utérus. Il est préférable à l'excision à l'aide des ciseaux parce qu'il cause beaucoup moins de douleur, donne très peu de sang et met plus sûrement à l'abri

(1) La curette est non seulement un instrument de traitement, c'est aussi un intrument de diagnostic ; mais pour exposer d'une façon fructueuse le mode d'emploi de la *curette d'exploration* et les résultats qu'elle fournit, surtout avec l'aide du microscope, il faudrait entrer dans des développements qui dépasseraient de beaucoup le cadre de cette leçon.

des récidives. Cependant, il existe des végétations très vasculaires et mal pédiculées qu'on ne peut attaquer sans danger qu'avec l'aide de mon forcipresseur à lames parallèles et la serpette du thermo-cautère (1).

Le curettage est également indiqué dans presque toutes les variétés d'endométrite, mais c'est surtout dans les formes hémorrhagiques, qu'il s'agisse d'endométrite hyperplasique chronique (fongosités utérines de Récamier) ou d'endométrite post-abortum et dans la forme exfoliante appelée aussi et plus communément dysménorrhée membraneuse, qu'il produit des résultats merveilleux. Cependant, dans les formes leucorrhéiques et même purulentes, il peut encore rendre des services, puisqu'il permet de détruire complètement les glandes hypertrophiées, origines de leucorrhées très tenaces et très rebelles.

La rétention des villosités placentaires, les polypes muqueux réclament aussi le raclage ; les myomes sous-muqueux peuvent être énucléés par destruction de leur capsule fibreuse à l'aide des curettes spéciales de Gaillard-Thomas et Russel-Simpson.

Enfin, comme je vous le disais tout à l'heure, on a pratiqué souvent le curettage dans les diverses formes de cancer de l'utérus : sarcome diffus et carcinome de la muqueuse, épithélioma du col, lorsque toute tentative d'opération radicale paraît devoir être écartée soit en raison du mauvais état général des malades, soit à cause de l'étendue des lésions et de l'envahissement des organes voisins. Hégar et Kaltenbach affirment avoir observé bien des femmes atteintes de cancer limité à la muqueuse du corps de l'utérus jouir pendant de nombreuses années d'une existence supportable, après le curage répété et ne croient pas impossible d'obtenir une guérison radicale quand on opère dès le début d'un carcinome glandulaire ou d'un sarcome limité à la muqueuse. Quant à l'épithélioma du col, je vous donnais il y a quelques instants mon impression. Je ne reviendrai pas aujourd'hui sur ce sujet.

Les contre-indications à l'emploi de la curette dans les mala-

(1) Jules Chéron, in *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, janvier 1886.



dies utérines sont celles que vous connaissez bien et que vous m'avez entendu répéter à satiété pour toutes les manœuvres intra-utérines : inflammations aiguës et récentes des annexes ou du tissu cellulaire péri-utérin (pelvi-péritonite, ovarite, salpingite, phlegmons du ligament large, etc.) Il faut y ajouter les lésions destructives tellement avancées qu'il ne reste plus qu'une épaisseur de tissu sain trop minime pour donner un point d'appui suffisant à l'instrument employé et qu'il y ait à craindre une perforation de la matrice pendant l'intervention.

Avant de passer au manuel opératoire, laissez-moi vous décrire rapidement les principaux modèles de curette pendant que je les ferai circuler parmi vous.

Nous n'avons plus à revenir sur la curette de Récamier, qui appartient à l'histoire ; j'ajouterai seulement que Emmet a préconisé, pour broyer les végétations utérines, une pince de Récamier double et que Schultze emploie une pince-curette fonctionnant comme celle de Récamier.

Voici la curette mousse à tige flexible imaginée par Gaillard-Thomas en 1880. Comme vous le voyez, elle est longue de 23 à 25 centimètres, dont 9 pour le manche. La partie métallique, en cuivre souple, a 5 millimètres de diamètre près du manche et va en s'effilant jusqu'à n'avoir plus que 2 millimètres près de son extrémité, recourbée elle-même en forme d'œillet elliptique. Les bords de cet œillet, qui sert à gratter, sont plats, mais ils sont évidés aux dépens de leur partie interne, qui est la partie active de l'instrument. Immédiatement sous l'œillet, la tige doit être assez molle et assez flexible pour que la partie légère la fasse plier. A l'union du manche et de la tige, celle-ci est creusée d'une cannelure circulaire qui empêche de transmettre à l'extrémité de l'instrument des pressions trop fortes et dangereuses dans le cas de ramollissement du tissu utérin. Sur certaines curettes on a ajouté, à l'exemple de Russel-Simpson, un renflement olivaire à 7 centimètres de l'extrémité de la curette pour indiquer à quelle profondeur elle agit dans la cavité utérine.

Je vous montre maintenant la curette tranchante de Sims, qui

consiste en un œillet en acier, de forme elliptique, épais et mousse sur son bord externe, mince et tranchant dans sa partie interne, supporté par une tige métallique assez flexible pour qu'on puisse la courber dans tous les sens de façon à l'adapter à la direction du canal cervico-utérin. Sims emploie également une curette mousse construite d'après le même système.

Pour assurer à la tige une flexibilité suffisante, les curettes mousses et tranchantes de Sims sont en acier non trempé. Malgré cette précaution, il est presque impossible de donner à la tige la double courbure qui permet de manœuvrer avec toute la sûreté et toute la douceur désirable en se servant du spéculum pendant l'opération. Ces qualités sont encore plus nécessaires lorsqu'on emploie la curette comme moyen de diagnostic ; aussi j'ai fait fabriquer ma *curette d'exploration* en deux métaux : la partie terminale, à courbure utérine fixe, est en acier trempé et la partie externe, à courbure variable, est en cuivre rouge.

Tous les instruments précédents sont des instruments de douceur ; ils sont insuffisants pour attaquer et détruire des tissus très résistants. Pour ces derniers, on emploie les cuillères tranchantes à tige rigide de Simon (de Heidelberg).

Cet instrument est en acier trempé, la tige est rigide et inflexible.

Les cuillères profondément excavées, non perforées, très tranchantes par leurs bords, varient de la grosseur d'une lentille à celle d'une amande.

Les tiges ont des courbures variables suivant les cas ; elles sont portées sur un manche en bois solide et tout l'instrument a une longueur de 25 à 30 cent. Pour le raclage des végétations, il faut des curettes à tige beaucoup plus courte pour avoir l'instrument bien en main.

Je me contenterai de vous citer, pour terminer cette revue des curettes, la curette serpette de Courty, la curette en forme de bec d'aigle de Russel-Simpson et la curette creuse à dents de scie de Gaillard Thomas ; ces derniers instruments servent, comme le crochet de Sims, pour l'énucléation des tumeurs fibreuses.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 *août* 1886. — Présidence de M. Sappey.

TUMEURS FIBREUSES.

M. Le Fort montre une volumineuse tumeur fibreuse utérine intrapéritonéale qu'il vient d'enlever chez une de ses malades. Un chirurgien anglais, très connu, M. Lawson-Tait, frappé de la difficulté d'extirper ces tumeurs, a proposé d'enlever les ovaires et les trompes. Cette pratique a pour but d'empêcher les tumeurs d'augmenter de volume, mais elle ne peut réussir qu'après la ménopause ; chez les personnes jeunes, les tumeurs continuent quand même à augmenter.

Après avoir fait un longue incision, M. Le Fort a appliqué un serre-nœud sur le pédicule, puis un fil élastique, et la tumeur est tombée seule au bout d'une dizaine de jours.

M. Le Fort présente en même temps un utérus enlevé par une ligature élastique très serrée chez une femme qui avait eu une inversion utérine irréductible à la suite d'un accouchement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 *octobre* 1886. — Présidence de M. Horteloup.

M. Le Dentu lit un rapport sur une observation *d'imperforations de l'hymen*, adressée à la Société par M. le Dr Oziecky, de Montgeron. Il s'agissait d'une fillette de 14 ans atteinte d'imperforation de l'hymen. L'hymen fut ponctionné et l'on donna ainsi issue à 550 grammes de liquide. On fit ensuite avec le bistouri une petite incision. La guérison fut complète en 8 jours. C'est là un fait intéressant d'évacuation rapide réalisée sans aucun accident, qui vient s'ajouter aux autres faits analogues, cités au cours des dernières discussions sur l'imperforation de l'hymen et sur le traitement de la rétention menstruelle qui en est la conséquence.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — CONGRÈS DE NANCY.

Séance du 16 *août* 1886.

DE L'HÉMATÉMÈSE NON CATAMÉNIALE D'ORIGINE HYSTÉRIQUE.

M. AUGUSTE OLIVIER (de Paris) lit un important travail sur cette question.

Chez les individus en puissance d'hystérie, quel que soit leur sexe, on rencontre parfois des gastrorrhagies plus ou moins abondantes qui paraissent exclusivement dues à un état spécial du système nerveux.

Cette variété d'hématémèse, que l'on a trop de tendance à regarder comme symptomatique d'un ulcère de l'estomac, est, en réalité, une forme d'hystérie locale, à foyer gastrique et à manifestation hémorrhagique.

L'absence de troubles profonds de la nutrition, la soudaineté du début, le fait d'une commotion nerveuse, le rétablissement assez prompt de la santé, peuvent généralement nous faire connaître la véritable nature du mal.

⁂

Séance du 13 *août.*

TRAITEMENT LOCAL DE LA DYSMÉNORRHÉE MEMBRANEUSE.

M. P. LANDOWSKI pense que la dysménorrhée membraneuse résulte d'un vice diathésique ou d'un état cachectique et cependant elle peut atteindre aussi les femmes et les jeunes filles en plein état de santé. Depuis quelque temps, il a obtenu de très beaux résultats par l'application de l'électro-cautère à la surface endométrique cinq à six jours après la cessation des règles. Il est de la plus haute importance de ne procéder à cette application qu'après avoir dilaté les orifices utérins d'une manière *plus que suffisante*. Dans tous les cas, le cautère est chauffé au rouge sombre.

Le malade doit ensuite garder le lit pendant une huitaine.

⁂

Séance du 18 août.

AMAUROSE HYSTÉRIQUE.

M. Bernheim veut prouver que l'*amaurose hystérique* n'existe pas à proprement parler. L'hystérique amaurotique a un œil, un nerf optique qui fonctionne très bien, voit en réalité ; mais la malade croit qu'elle ne voit pas, s'imagine qu'elle ne voit pas.

C'est une *cécité psychique* et non physique. Cette cécité est localisée dans son imagination et non localisée dans sa rétine, dans le sens cortical de la vision.

C'est la *perte de la mémoire visuelle.*

Il en est de même de l'*achromatopsie hystérique.* Elle est aussi imaginaire. C'est une auto-suggestion ; elle se figure qu'elle voit d'une certaine façon avec un œil. — Il démontre d'une façon très ingénieuse ces deux assertions.

*
* *

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE CHRONIQUE ET EN PARTICULIER DE L'ENDOMÉTRITE PAR LA GALVANO-CAUSTIQUE CHIMIQUE INTRA-UTÉRINE.

Le traitement de M. Apostoli de Paris comporte les diverses opérations suivantes :

1° Faire d'abord une injection vaginale tiède et antiseptique, et placer la femme dans une position identique à celle de l'examen au spéculum ; — 2° mettre la pile en batterie, orienter le galvanomètre, juxtaposer le pôle abdominal en terre glaise, en prévenant la femme qu'il est toujours froid, et placer les réophores ; — 3° introduire *lentement* et progressivement dans la cavité utérine l'excitateur, préalablement *flambé et désinfecté,* isoler tout le vagin et la vulve ; — 4° faire une galvano-caustique chimique intra-utérine *positive* dans toutes les formes *hémorrhagiques* et *négatives* dans les autres cas ; — 5° le principe qui doit dominer toute intervention est de ne jamais surprendre l'utérus et de ne jamais faire une application trop douloureuse. Or, il faut savoir qu'il y a des utérus dits *irritables,* en très petit nombre, il est vrai (de 3 à 5 0/0), tel que celui de certaines hystériques, qui supportent mal le courant, quoique peu intense, et chez lesquelles il faut savoir n'appliquer que de faibles doses ; — 6° il faut au début débiter le courant *lentement,* très lentement,

s'arrêter devant toute sensibilité excessive pour acclimater la malade et vaincre toute résistance physique et morale ; — 7° progressivement en 2 ou 3 séances, l'intensité devra s'élever et atteindre dans la plupart des cas 100, 150 *et au besoin* 200 *milliampères* ; l'intensité devra se proportionner et se régler d'abord sur la tolérance du sujet, puis d'après l'étendue, la gravité et l'ancienneté de la lésion ; — 8° la durée de l'application qui oscillera entre 5 et 10 minutes, devra, comme l'intensité, se mesurer d'après la réponse de la malade sur l'énergie des effets à obtenir ; 9° les séances auront lieu ou toutes les semaines ou tous les 2 jours, suivant le besoin, et le médecin réglera leur nombre et leur rapprochement suivant l'urgence et la nécessité de l'intervention ; — 10° un repos obligatoire, *d'au moins quelques heures*, devra être exigé de la part de toutes les malades qui ont été opérées ; ce repos est nécessaire à la sécurité de la méthode et à son efficacité ; — 11° on prescrira des injections vaginales antiseptiques au sublimé ou à l'acide phénique, que la malade prendra matin et soir.

M. LANDOWSKI fait remarquer, à propos de la communication de M. Apostoli, que les cautérisations *au chlorure d'étain* à 1 ou 2 0/0 lui ont bien réussi dans l'endométrite, que le traitement général est très important, et que le raclage de l'utérus, dont on a trop abusé, convient seulement lorsqu'il y a des excroissances polypiformes de la muqueuse.

***

DES RÉSULTATS FOURNIS PAR L'EMPLOI DU FER ROUGE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES INFLAMMATOIRES DE L'UTÉRUS.

M. GENTILHOMME (de Reims), dans sa communication, veut parler surtout du traitement de l'inflammation du col et du corps de l'utérus, inflammation dans laquelle le col, devenu très volumineux, est augmenté dans tous ses diamètres, et le corps, égament augmenté de volume, est sphérique, renversé en arrière, exerçant une pression plus ou moins considérable sur le rectum. La muqueuse du col et du corps, irritée par le processus inflammatoire, s'enflamme à son tour et devient le siège d'une sécrétion purulente épaisse, collante pour le col, liquide et purement purulente pour le corps.

Ces phénomènes inflammatoires s'accompagnent de troubles menstruels et de douleurs abdominales parfois très graves, ainsi que d'une faiblesse générale.

L'examen au spéculum montre à la surface du col l'existence d'une ulcération plus ou moins étendue, superficielle qui joue un grand rôle dans la symptomatologie. Quant aux causes de la lésion, M. Gentilhomme déclare qu'elles échappent le plus souvent, et que, à part certains cas, tels que traumatisme, grossesse, accouchement, avortement, on ne sait pas grand'chose des causes efficientes.

En fait, dans ce genre de métrites, on rencontre diverses lésions : gonflement, sécrétion purulente, ulcérations ; mais, parmi elles, comment distinguer celles qui sont primitives, de celles qui sont secondaires. L'auteur pense que, dans le plus grand nombre de ces métrites, l'ulcération est secondaire.

Après avoir rappelé les divers traitements qu'il a vu employer dans cette affection, tels par exemple que les pansements émollients, astringents, et surtout les cautérisations au nitrate d'argent, comme Huguier les avait préconisées, etc., et après avoir montré les résultats que l'on obtenait ainsi, M. Gentilhomme en arrive à cette conclusion que l'ulcération du col de l'utérus, étant un accident secondaire déterminé et entretenu par l'inflammation et l'engorgement de l'utérus, n'est qu'un épiphénomène. De là, des indications thérapeutiques, notamment de traiter l'engorgement de l'utérus par des révulsions puissantes, par des cautérisations du col avec le fer rouge combinées avec le repos dans la position horizontale, qui favorise le mieux la circulation du sang veineux.

Sous l'influence de ce traitement, on voit, dit-il, après trois ou quatre cautérisations, le corps de l'utérus diminuer de volume et reprendre sa place naturelle, le col, dont l'ulcère est guéri, recouvrer son aspect normal, les sécrétions morbides disparaître.

Il termine en insistant sur les bons résultats qu'il a obtenus jusqu'à présent sans qu'il ait jamais observé le moindre accident. Pour lui, l'action révulsive du fer rouge ne se borne pas seulement à l'ulcération du col, mais elle porte beaucoup plus loin, c'est-à-dire sur le corps même de l'utérus, et c'est cette propriété qu'il tient surtout à mettre en relief.

*
* *

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. Levy présente un *nouveau spéculum*. C'est un spéculum de Cusco dont une valve serait plate et très échancrée, de façon à pouvoir toucher le col, l'instrument appliqué. Cette combinaison des deux sens, vue et toucher, est assez commode. — La valve échancrée se place naturellement en bas. Elle permet de voir en même temps l'état de la fourchette.

M. Gairal montre un *appareil destiné à amener le contact avec le col utérin des liquides dans le vagin*, de façon à pouvoir agir directement et uniquement sur ce col. C'est une curette à double fond, à partie inférieure imperméable, à partie supérieure perméable, construite en caoutchouc et munie d'un tube destiné à l'introduction des liquides. On l'introduit comme un pessaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE.

(TRAVAUX DU DEUXIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1886).

Dans une note sur un fibrôme utérin sous-péritonéal, M. Ripoll a exposé les récents progrès du diagnostic de ces tumeurs et les motifs de l'intervention ou de l'abstention opératoire dans leur traitement. L'ascite, les métrorrhagies excessives, la compression des organes voisins, les troubles de la respiration justifient à ses yeux la myotomie.

De plus, l'auteur recommande, dans cette dernière opération, de laisser le pédicule dans l'abdomen à l'aide de ligatures perdues et admet la possibilité de ne pas pratiquer le drainage à demeure, ce drainage lui paraissant sinon dangereux du moins inutile.

59e CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS.

(Session de Berlin.)

M. Schrœder, de Berlin, à propos de *la castration dans les cas*

de névroses fait observer qu'Hegar a raison de distinguer entre l'opération destinée à extirper des ovaires malades et celle qu'on pratique dans le but d'amener la ménopause. Dans le premier cas, les indications sont claires et faciles à remplir en principe, car elles sont d'ordre purement chirurgical. On ôte les ovaires, parce qu'ils sont dégénérés (tumeurs de volume variable), mais l'opération se fait encore dans d'autres cas pathologiques (ovarite chronique). Si un seul ovaire est malade, on fera l'extirpation unilatérale, même souvent l'extirpation partielle seule.

Mais les principes sont bien différents s'il s'agit de l'extirpation des ovaires pour arriver à une ménopause prématurée. Là, les deux ovaires seront tous deux enlevés en totalité, cela va sans dire. On arrive à ce but même si les ovaires sont sains. Malgré cela, Hegar ne veut permettre la castration qu'en cas d'altérations pathologiques des ovaires ou d'autres parties de l'appareil génital. Cet auteur en est à émettre cette règle parce qu'il considère l'extirpation des ovaires comme autorisée seulement si l'on veut agir sur le reste de l'appareil par voie réflexe, ou si l'on veut faire disparaître des névroses ayant pour origine des ovaires malades. Schrœder n'est pas de cet avis. Il distingue avant tout l'extirpation destinée à enlever les ovaires malades de celle qui doit réagir sur les tumeurs utérines. Le premier cas n'est pas une castration proprement dite, dans le second cas, on extirpe un organe sain espérant obtenir un effet à distance sur l'organisme en général. On ne sait pas encore si les névroses dépendent de modifications pathologiques de l'ovaire et jusqu'à quel degré elles en dépendent le cas échéant. Hegar lui-même fait ressortir que les névroses sont absentes dans les cas de modifications pathologiques très importantes. Mais des modifications de peu de conséquence ne donnent souvent pas lieu à des névroses ; dans d'autres cas, on ne trouve que des actions réflexes, semblables à celles que présentent d'autres affections qui modifient la santé et les bonnes conditions d'existence.

M. Schrœder pense que des névroses graves peuvent disparaitre après la ménopause naturelle ou artificielle, sans qu'il y ait des modifications pathologiques nettes dans les ovaires. Le postulatum de Hegar, qui ne veut opérer qu'en cas d'ovaires pathologiques, présente une grande difficulté, car nous ne sa-

vons pas où finit exactement l'ovaire sain et où commence l'ovaire malade. Nous n'avons pu encore déterminer, par des travaux préalables, à quel moment les petits kystes de l'ovaire ou la consistance plus ou moins grande du stroma doivent être considérés comme pathologiques. On n'a pu, dans les cas de myômes utérins, arriver qu'à force d'expériences à constater que la castration (des ovaires sains) guérissait ces tumeurs. Il nous faut donc encore attendre, pour pouvoir nous prononcer à coup sûr sur la question des névroses et de leur amélioration par extirpation des ovaires sains, que de nouvelles opérations nous éclairent. Schrœder a opéré 12 fois des malades de cette dernière catégorie, mais tous les cas ne sont pas encore probants, car le résultat définitif ne s'obtient qu'au bout de quelques années. 3 cas, avec excellent résultat, datent de 8 1/2, 7 et 5 ans. 2 de ces opérées se sont mariées.

Il en résulte que dans les cas où des ovaires nous paraissent normaux, la castration donne des guérisons dans des cas de névroses. Schrœder a constaté que cette bonne influence de la castration s'observe surtout quand les irritations génésiques jouent un rôle prépondérant.

REVUE DE LA PRESSE

DE L'ALPHALGÉSIE CHEZ LES HYSTÉRIQUES A L'ETAT DE VEILLE ET DANS LE SOMMEIL HYPNOTIQUE.

Le Dr A. Pitres rapporte le cas d'une hystérique qui, depuis plusieurs années, est hémianesthésique du côté gauche.

On peut piquer profondément en un point quelconque la peau du côté gauche du corps, la brûler, la pincer sans que la malade éprouve la moindre douleur. Mais si cette hystérique vient à toucher avec la main gauche un objet en cuivre, un bouton de porte par exemple, ou un chandelier, ou une pièce de monnaie, sa main se contracture aussitôt, elle devient le siège de douleurs très vives et si le contact se prolonge, la malade a une violente attaque convulsive. L'auteur a vu depuis deux autres hystériques qui, à l'état de veille, ne pouvaient toucher certains métaux (argent et cuivre) sans éprouver au point de contact du métal et de la peau une sensation de brûlure très désagréable et même insupportable. Il désigne ce phénomène curieux sous le nom d'*alphalgésie,* dérivé des mots grecs αλφη, contact et αλγος, douleur. Il

est assez rare chez les hystériques à l'état de veille, mais il est très commun pendant le sommeil hypnotique. Chez la plupart des malades hypnotisables et placés dans le sommeil hypnotique, il a constaté que le contact des métaux, particulièrement de l'or, de l'argent, du cuivre, du fer, de l'acier, du plomb, de l'étain donnait lieu à une sensation de vibration douloureuse que les malades comparent habituellement à une brûlure violente ou au passage d'un courant électrique intense. Quelques hystériques n'éprouvent ces sensations qu'au contact de certains métaux. L'une d'elles ne les ressentait qu'au contact de l'or ; tous les autres lui étaient indifférents. D'autres malades sont sensibles au contact de tous les métaux précédemment indiqués. Toutefois l'alphalgésie est habituellement plus marquée pour certains d'entre eux que pour les autres. Le verre détermine quelquefois les mêmes phénomènes que les métaux.

Habituellement l'alphalgésie se produit également des deux côtés du corps, même lorsque les malades sont hémianesthésiques ou hémianalgésiques. Mais ce n'est pas là une règle absolue, car chez quelques sujets les sensations douloureuses au contact des métaux n'ont lieu que d'un côté du corps, et alors elles peuvent se rencontrer du côté anesthésié ou du côté dont la sensibilité est normale.

EMPHYSÈME SOUS-CUTANÉ DU AU TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT.

Le *British medical Journal* a rapporté deux cas d'emphysème sous-cutané pendant le travail de l'accouchement.

Dans les deux cas, les parturientes étaient primipares. Dans le premier cas, le travail se fit très lentement pendant toute la durée du premier temps. Au moment où la tête venait presser sur le périnée, les douleurs devinrent plus intenses et l'on vit tout à coup la face de la malade se congestionner, la respiration devenir fréquente et irrégulière pendant que le pouls était petit et rapide. On administra des stimulants et l'accouchement fut terminé au forceps ; la malade se sentit immédiatement soulagée. Dans le deuxième cas, tout marcha bien jusque vers la fin du travail, moment où la parturiente présenta des accidents analogues. Après la délivrance, la respiration continua à être rapide.

La crépitation de l'emphysème se sentait facilement à la palpation, au niveau des parois thoraciques, du cou, de la face et du front. Repos absolu dans le décubitus dorsal. Dix jours après, il n'y avait plus

de trace d'emphysème et en même temps, la respiration reprenait son rythme normal.

La sortie de l'air est due à la rupture des vésicules pulmonaires ; de là il s'infiltre dans le médiastin et arrive à la face, au cou et aux parois thoraciques, en suivant les gaines vasculaires et nerveuses. De sérieuses complications peuvent survenir par suite du trajet suivi par l'air (compression des nerfs, des vaisseaux de la plèvre, du péricarde). Dans ces cas, il faut exiger un repos complet et terminer le travail le plus vite possible. S'il existe une dyspnée marquée, il ne faut pas hésiter à inciser. Le fœtus est en danger si la délivrance n'est pas faite promptement.

L'OVARITE ET L'ORCHITE AMYGDALIENNES.

Le Dr Joal a publié un intéressant travail qui tend à démontrer que l'amygdalite peut offrir, du côté des organes génitaux, des complications, déjà signalées dans d'autres états généraux.

L'auteur a rapporté quatorze observations d'orchite ou d'ovarite qui se sont manifestées sous l'influence de l'affection amygdalienne ; en effet, dans les cas publiés, les symptômes génitaux ne peuvent être attribués à la propagation d'un état hyperhémique existant préalablement dans les organes voisins, urèthre, vessie, utérus. Il ne saurait être question de traumatismes, de fatigues excessives ou bien de troubles menstruels et d'actes génitaux. Il n'y a pas à faire intervenir l'action des différents états généraux, fièvre typhoïde, variole, rhumatisme, infection purulente, qui sont susceptibles de provoquer l'orchite ou l'ovarite.

La région parotidienne de tous les malades a été surveillée avec un soin particulier, et aucun sujet n'a montré le moindre signe d'oreillons.

Il faut donc conclure à une corrélation de cause à effet entre l'affection tonsillaire et les déterminations sur les organes de la génération.

Les deux ordres de phénomènes gutturaux et génitaux sont dus à une seule et même influence, à un état infectieux de l'économie.

MORT PAR ENTRÉE DE L'AIR DANS LES VEINES UTÉRINES.

Des observations récentes ont prouvé de nouveau la possibilité de



l'entrée de l'air dans les veines de l'utérus par suite d'interventions toutes mécaniques.

Olshausen a rapporté un cas dans lequel on avait employé la douche utérine pour activer le travail ; pendant l'injection, la femme se plaignit tout à coup de dyspnée, se souleva sur son lit et retomba morte. L'autopsie révéla la présence de l'air dans les artères coronaires du cœur, aussi bien que dans les veines utérines.

Un autre exemple, dit le *Courrier médical*, a été cité par Litzmann ; on avait essayé d'activer le travail par des injections intra-utérines d'eau chaude. A la quatrième douche, malgré toutes les précautions prises, la malade se mit à respirer difficilement, la face devint cyanosée et la mort survint rapidement. En examinant l'appareil employé, on s'aperçut que le piston ne s'adaptait pas exactement sur les parois du corps de la seringue. Braun cite un troisième exemple survenu chez une femme sur laquelle on n'avait fait aucune opération de ce genre. C'était une femme âgée de vingt-cinq ans, bien portante et robuste, accouchant pour la seconde fois d'un enfant bien conformé. Quelque temps après l'expulsion du placenta, sa face devint cyanosée, elle eut des vomissements, des convulsions et finalement mourut dans le coma. L'examen « *post mortem* » révéla la présence de l'air dans les vaisseaux de l'utérus et du cœur.

KYSTES SIMPLES DE LA MAMELLE.

Le Dr Grias, qui a étudié cette intéressante question, fait remarquer que les kystes simples de la mamelle sont rares.

Ils se développent le plus souvent aux dépens des acini glandulaires. C'était du moins le cas de ceux que nous avons étudiés.

Ils sont caractérisés par une paroi non isolable, exclusivement formée de tissu conjonctif condensé, revêtu d'un épithélium pavimenteux à grandes cellules de formes variables, et ils contiennent un liquide qui tient en suspension de la cholestérine.

Entre les kystes simples et les tumeurs kystiques, il existe des tumeurs complexes, réunissant dans leur structure, et dans des proportions variables, les caractères de ces deux ordres de tumeurs.

Tandis que le pronostic des kystes simples est bénin au début, celui des kystes anciens et des tumeurs mixtes doit être réservé.

Dans tous les cas l'ablation est indiquée.

Ablation partielle, si l'on veut, dans le cas d'un kyste jeune ; on taille alors dans la glande en forme de croissant, et on peut arriver ainsi à

la guérison sans déformation sensible; mais ablation totale de la glande s'il s'agit d'une tumeur ancienne sujette à des phénomènes d'accroissement.

Sans discuter ici le choix de la méthode opératoire, l'auteur croit que, grâce aux pratiques antiseptiques actuelles, c'est au bistouri que l'on doit donner la préférence.

LA CHORÉE DANS LE COURS DE LA GROSSESSE.

La *Revue médicale de l'Est* publie une intéressante observation du docteur Schuhl relative à une jeune femme qui ayant eu une première atteinte de chorée à l'âge de quinze ans, fut atteinte encore de cette affection pendant deux grossesses successives. Dans la première, la chorée parut au troisième mois et disparut après six semaines. Dans la seconde, qui eut lieu trois ans plus tard, la chorée parut plus intense cette fois, vers le quatrième mois, et dura trois mois. La grossesse suivit son cours dans les deux cas jusqu'à la fin.

M. le docteur Schuhl rappelle à ce propos que, contrairement à ce qui s'est passé ici, un des caractères de la chorée gravidique est sa persistance jusqu'après la délivrance. Barnes, sur 57 cas qu'il a rassemblés, ne signale que 8 fois la guérison avant la fin de la grossesse. Mais ce n'est pas seulement cette ténacité qui caractérise la chorée gravidique : c'est encore sa gravité, tant au point de vue de la mère qu'au point de vue de l'enfant, ainsi que le démontrent les statistiques des différents auteurs qui se sont occupés de la question et le travail de Hervé sur la chorée pendant la grossesse. Barnes, sur 56 cas, a noté pour les mères 17 morts; Wenzell, sur 66 cas, a trouvé 18 morts; Bamberg, sur 64 cas, 18 morts; Fehling, sur 68 cas, 19 morts; Jaccoud, sur 31 cas, 4 morts.

Mais peut-être, comme le dit Fehling, ces statistiques sont-elles un peu trop sombres; peut-être a-t-on mis dans bien des cas sur le compte de la chorée des terminaisons funestes auxquelles cette affection était étrangère.

Pour l'enfant, le pronostic n'est pas moins défavorable. L'avortement et l'acouchement prématurés sont en effet très fréquents. Dans les 68 cas de Fehling, 29 fois seulement le travail se fit au terme normal. Dans les 57 cas réunis par Barnes, 22 fois seulement la grossesse arriva au terme normal; 10 fois il y eut avortement et 9 fois accouchement prématuré spontané; 3 femmes moururent avant d'être accouchées; 8 guérirent avant la fin de la grossesse; dans 2 cas, enfin, on dut provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré.

INFLUENCE DES VOYAGES EN MER SUR LES FONCTIONS GÉNITALES DE LA FEMME.

Le London medical Record a publié sur cette question un mémoire dans lequel l'auteur, médecin à bord des transatlantiques, a recueilli 1,500 observations et a pu se rendre compte des divers phénomènes observés par ces 1,500 femmes.

Parmi elles, 104 étaient enceintes, et n'ont accusé rien d'anormal ; 11 accouchèrent à bord, 3 avortèrent, et 451, dont les époques avaient lieu d'une façon régulière, durent lui demander avis au sujet de différents accidents menstruels. Ceux-ci consistèrent en avances ou en retards accompagnés de fortes douleurs dans le bassin et l'abdomen. Sans entrer davantage dans les chiffres et les statistiques, voici les conclusions auxquelles arrive le médecin anglais : les traversées durant plus de 24 heures déterminent chez la femme des congestions des organes pelviens qui permettent de se rendre compte des phénomènes anormaux que l'on constate. Ces derniers peuvent se rattacher à une influence psychique résultant du changement radical des occupations ; à l'appréhension du voyage lui-même ; à l'action atmosphérique de l'air de la mer ; aux secousses du navire. Le retour prématuré des règles est la modification qui se produit le plus habituellement, et, chez une malade ayant eu peu auparavant le flux menstruel, Irwin a pu voir l'écoulement de sang réapparaître avec le sentiment du molimen hémorrhagique et ceci fut suivi d'une suppression des menstrues au mois suivant. L'aménorrhée totale pendant une ou deux époques menstruelles est souvent la conséquence lointaine d'une traversée transatlantique.

Les voyages en mer peuvent être conseillés dans certains cas de chloro-anémie, d'aménorrhée douloureuse et de retard dans l'apparition des règles, dans une variété de leucorrhée et d'hystérie se rattachant à un arrêt du développement des organes génitaux et à l'abscence de l'écoulement menstruel.

CURIEUSE OPÉRATION CÉSARIENNE.

Le fait suivant a été rappporté par Salvatore Scoppola dans *Gazettà degli ospitali*.

Une paysanne de 23 ans, enceinte illégitimement, s'ouvre le ventre avec un couteau de cuisine et va à la recherche de son enfant. Elle incise les téguments jusqu'à l'utérus et l'utérus lui-même et extrait son enfant par morceaux à mesure qu'ils se présentent, de même que le placenta. Ce travail terminé, elle se bande le ventre avec un lacet et va faire un ou deux kilomètres à pied pour ne pas laisser soupçonner sa

grossesse. Rentrée chez elle, elle est prise de faiblesse : on appelle un médecin qui trouve la plaie béante, les intestins hors de l'abdomen. Le médecin et un de ses confrères suturent la plaie après avoir pratiqué le nettoyage des intestins et les avoir réintégrés dans l'abdomen. La malade n'eut pas de fièvre, les lochies s'écoulèrent par le vagin normalement et enfin elle guérit.

DE L'INFLUENCE DES PARFUMS.

Le Dr Sampson, de Londres, a fait beaucoup d'expériences relatives à l'influence des divers parfums sur les femmes, et, d'après lui, chaque parfum détermine des modifications spéciales, non seulement sur les sens, mais aussi sur le moral des femmes qui l'emploient.

Le musc rend les femmes aimables et sensibles ; la rose, rend les jeunes filles hautaines, irascibles et avares ; le géranium donne de la virilité au caractère, et développe un noble orgueil ; la menthe prédispose à la piété et à la dévotion ; le benjoin à la rêverie, à la poésie et à l'inconstance ; la violette développe la ruse et les instincts commerciaux ; la verveine donne des goûts artistiques ; l'ambre est le parfum favori des poètes, il donne l'inspiration ; le patchouli dispose à l'hystérie ; le camphre abrutit (et chasse la teigne) ; la peau de Russie prédispose à l'indolence et à la mollesse, et l'opoponax conduit à la folie.

CORPS ÉTRANGER DU VAGIN.

Le *British medical Journal* rapporte le cas d'une femme atteinte d'une maladie utérine et que son médecin eut un jour à examiner. Il constata la présence d'un corps dur dans le vagin, dans le cul-de-sac postérieur.

Après quelques difficultés, il réussit à l'extraire et constata que c'était l'extrémité cassée d'une seringue à injection vaginale en verre. La malade, interrogée, se rappela alors que sept mois auparavant, la seringue dont elle se servait s'était brisée au moment où elle se faisait une injection, mais que son mari étant entré à ce moment dans la chambre, elle avait mis de côté les fragments et n'avait plus pensé à cet accident. Depuis cette époque, elle avait eu plusieurs fois des rapports avec son mari qui s'était bien plaint de ressentir quelques difficultés dans cet acte ; mais, quant à elle, elle n'avait jamais éprouvé de ce fait aucun inconvénient.

PROCRÉATION DES SEXES A VOLONTÉ.

S.-H. Terry, de New-York, proclame la loi suivante pour obtenir à volonté un garçon ou une fille : le sexe de l'enfant sera l'opposé de celui des deux conjoints qui, au moment du rapprochement, sera le plus fort au point de vue des appétits sexuels. Pour avoir un garçon, il faut donc que la femme soit forte et le mari épuisé.

Et voici pourquoi : il y a une électricité animale, positive pour le mâle, négative pour la femelle. Comme les électricités de nom contraire s'attirent, si, au moment de la décharge, l'électricité positive ou l'influence du mâle est prépondérante, elle neutralisera l'électricité négative ou l'influence de la femme, et l'électricité positive en plus reste seule en présence de l'ovule qui dès lors se charge d'électricité négative ou féminine.

DE L'IMPORTANCE MÉDICO-LÉGALE DE L'HÉMATOME DU STERNO-MASTOÏDIEN CHEZ LES NOUVEAU-NÉS.

Le Dr Küstner a publié un mémoire sur cette question.

Il y discute le mode de production de l'hématome du sterno-mastoïdien chez les enfants nouveau-nés, et combat l'opinion qu'ils sont toujours dus à une traction excessive exercée sur le muscle. Il rapporte un cas d'accouchement par le siège, dans lequel on n'intervint d'aucune façon ; on ne soutint même pas le tronc pendant l'expulsion de la tête ; et cependant, un hématome se produisit dans le sterno-mastoïdien gauche. Küstner en infère que ces tumeurs peuvent apparaître alors que l'accouchement a été absolument naturel.

Küstner admet que les hématomes ne sont pas rares à la suite de l'extraction par le forceps, mais il croit que, même dans ces cas, ils sont principalement dus à la torsion du cou qui existe alors, et que la pression du forceps vient seulement s'y ajouter.

Küstner résume ainsi ses conclusions :

1° L'hématome du sterno-mastoïdien est causé, non pas par l'allongement ou l'extension du cou, mais par sa torsion ;

2° Le cou pouvant être considérablement tordu même dans l'accouchement spontané, l'hématome peut se produire dans des cas simples de présentation du sommet et du siège.

3° L'apparition de l'hématome ne prouve donc pas qu'il y a eu violence criminelle ou instrumentale.

CANCER RÉCIDIVANT DE L'S DU CÔLON. — TUMEUR OVARIENNE BILATÉRALE. — FIBRÔMES DE L'UTÉRUS.

Le professeur Axel Johannessen rapporte l'observation suivante d'un cas décrit dans le *Nord. med. Ark.* par le professeur Nicolaysen.

Voici ce qui a trait à la terminaison et à l'autopsie :

1882, 3 février. On entreprend la résection de l'S du côlon pour l'opération d'un carcinome chez la malade, dame mariée, âgée de 49 ans. Santé bonne jusqu'en 1883, où ont lieu plusieurs attaques de typhlite stercorale. Au commencement de 1884 surviennent d'abondantes et fréquentes hémorrhagies suivies d'un écoulement fétide. Constipation, émaciation.

1884, 23 août. On sent au-dessus de la symphyse une tumeur sémi-lunaire, qui croît avec rapidité et une continuité égale dans les mois suivants, avec symptômes péritonéaux violents, phénomènes de sténose intestinale et hémorrhagies abondantes de la matrice.

30 novembre. Émaciation. Douleurs violentes, tant spontanées qu'à la palpation. Le côlon transverse fortement dilaté. L'abdomen ballonné, de 93 cm. de périphérie. On sent au fond une grande tumeur bosselée à fluctuation indistincte. A la ponction d'épreuve, résultat négatif. L'utérus agrandi, renversé, adhérent. A la voûte vaginale antérieure, deux tumeurs du volume d'une noix.

6 décembre. Œdème à la jambe ;
11 » Occlusion intestinale ;
20 » Meurt de coma.

Autopsie (M. le prosecteur Gade) : Le côlon transverse fortement météorisé. L'abdomen est rempli d'une grande masse kystoïde, fixée par des adhérences faibles, mais nombreuses, à la paroi abdominale et aux viscères. Vers le haut, cette tumeur atteint le cartilage ensiforme, et vers le bas le petit bassin, où elle est attachée à l'utérus, ainsi qu'aux deux ligaments larges. La tumeur se compose de deux kystomes multiloculaires distincts, réunis par des adhérences, et partant des deux ovaires.

L'utérus agrandi. Au fond, 2 fibrômes de la grandeur d'une noix.

Dans l'S du côlon, droit au-dessus de la ligne innominée, un cancroïde épithélial cylindrique et circulaire de la largeur d'environ 5 à 6 cm., étranglé au milieu, et ne permettant pas l'introduction d'un doigt dans l'orifice de l'intestin.

L'auteur appelle l'attention sur l'immense difficulté où l'on se trouve en présence de la coïncidence décrite de 3 affections différentes. Il paraissait y avoir une probabilité prépondérante à voir dans le cas une récidive du cancer de l'S du côlon avec métastases au méso-côlon et de

là à l'utérus et aux ligaments larges, circonstances par rapport auxquelles tout procédé opératoire semblait contre-indiqué.

ACCOUCHEMENT LA PARTURIENTE ÉTANT HYPNOTISÉE.

Le Dr Pritzl rapporte le cas intéressant suivant : Mme S. M. fut admise à l'hôpital le 10 septembre 1885 ; elle était âgée de 36 ans et primipare. La santé a toujours été bonne ; elle n'a aucun antécédent nerveux. Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, on s'aperçut qu'on pouvait facilement l'hypnotiser en lui faisant regarder attentivement la boule d'un thermomètre. Pour y arriver, il suffisait de placer la boule à 15 centimètres de ses yeux, et à la porter lentement en haut un peu au-dessus des yeux. Aussitôt que ceux-ci convergeaient, au bout de 10 secondes généralement, elle devenait inconsciente, insensible aux piqûres d'épingle ; on pouvait toucher la cornée sans produire de réflexe.

Le 30 octobre, pendant la nuit, les signes prémonitoires du travail apparurent. L'auteur examina la malade le 31, et trouva le fœtus en seconde position ; l'orifice externe permettait l'introduction de 2 doigts. A 8 heures du soir on pouvait faire pénétrer trois doigts dans l'orifice externe. Pritzl rompit les membranes ; les douleurs augmentèrent d'intensité. La malade devint très agitée, se jetant de côté et d'autre et se plaignant de souffrir beaucoup.

Pritzl résolut alors de l'hypnotiser par le procédé habituel. Il suffit de lui faire regarder la boule du thermomètre pour la rendre inconsciente et immobile. Il était 10 heures 40 du soir.

Sous l'influence de l'état hypnotique les douleurs changèrent de caractère ; elles revinrent à un intervalle de deux minutes environ ; elles étaient plus fortes et duraient 50 secondes en moyenne. Au moment de la contraction, les muscles abdominaux se contractaient aussi vigoureusement, au moins, que pendant le travail ordinaire.

Ces douleurs fortes ne restèrent pas inefficaces, et l'orifice utérin se dilata assez rapidement par suite des progrès de la descente de la tête ; à la douzième douleur, la tête était à la vulve et proéminait entre les grandes lèvres ; enfin, l'enfant naissait à 11 heures 15 du soir. Il pesait 2,900 grammes et avait 50 centimètres de long. Après une période de repos de cinq minutes, l'utérus commença de nouveau à se contracter énergiquement, les douleurs durant alors un peu moins longtemps que pendant la période expulsive (en moyenne 13 secondes), tout en ayant la même intensité.

Les muscles abdominaux se contractaient avec une énergie plus

grande que ne l'avait jamais vu Pritzl après l'accouchement. Ce ne fut qu'à la quatorzième douleur que le placenta fut expulsé dans le vagin, que les contractions utérines cessèrent : après avoir attendu trois quarts d'heure, Pritzl fit l'extraction du placenta en tirant sur le cordon. On éveilla alors la parturiente et elle fut extrêmement surprise de se trouver accouchée, et déclara que depuis le moment où elle avait regardé la boule, elle avait bien dormi. Les suites de couches furent absolument normales.

SUR LA VALEUR DE LA VERSION PAR LA MÉTHODE DE BRANTON HICKS DANS LES CAS D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

Le Dr Fehling, dans son mémoire très intéressant, discute la valeur de l'emploi de la méthode de Branton Hicks dans les cas embarrassants où on a déterminé artificiellement le travail, mais où les douleurs sont très faibles et inefficaces. Dans nombre de cas, l'enfant meurt par manque d'oxygène, et l'extraction est alors rendue beaucoup plus difficile par suite du retard qui en résulte dans la terminaison de l'accouchement. Afin d'éviter cela, l'auteur procède de la façon suivante : après avoir déterminé l'accouchement prématuré et ensuite les contractions utérines par les moyens ordinaires, il fait la version par la méthode de Branton Hicks, dans le but d'amener un membre inférieur en bas, afin de pouvoir faire l'extraction, si cela devenait nécessaire. Lorsqu'on a ainsi pratiqué la version et amené le siège dans le bassin, on voit les douleurs se succéder et le travail marcher rapidement ; dans le cas où il n'en serait pas ainsi, ou bien où les battements du cœur indiqueraient que la vie de l'enfant est en danger, il faudrait procéder à l'extraction.

L'extraction ne doit pas suivre immédiatement la version, il faut attendre qu'elle soit indiquée.

DU SEGMENT INFÉRIEUR DE L'UTÉRUS.

Hofmeier a fait de nouvelles recherches sur cette importante question, si controversée jusqu'ici.

En dehors de nombreux utérus de femmes accouchées, il avait recueilli sept utérus de femmes enceintes, et l'utérus d'une femme morte pendant le travail ; ces organes furent durcis et examinés. Il s'est efforcé, avec leur aide, de répondre aux questions suivantes : 1° Le col conserve-t-il toute sa longueur, jusqu'au début ou presqu'au début du travail ? 2° Si oui, y a-t-il un segment de l'utérus qui diffère anatomiquement du reste de l'organe, et auquel on puisse donner le nom de

segment inferieur de l'utérus ? Il s'est efforcé enfin de rattacher les phénomènes de contraction qui ont été reconnus depuis les recherches de Bandl, aux caractères anatomiques.

Pour répondre à la première demande, dit le *Journal de médecine de Paris*, Hofmeier s'en est rapporté presque exclusivement aux différences de structure anatomique existant entre le col et l'utérus pour déterminer ce qui appartenait au col, et il a trouvé que dans toutes ses préparations le col pouvait être facilement distingué, et qu'il avait invariablement conservé sa forme. Dans quelques cas, il est vrai, sa partie supérieure était légèrement évasée ; mais en considérant l'observation, les faits cliniques et anatomiques, il est certain que cette disposition était due aux contractions du travail.

Etant donné qu'au niveau de la limite du col bien défini anatomiquement, on trouvait aussi les autres signes caractéristiques, et que, d'un autre côté, on a donné à cette limite qui sépare le col de l'utérus le nom d'orifice interne de l'utérus, Hofmeier en infère que la portion du col qui dans l'utérus non gravide porte le nom d'orifice interne de l'utérus, forme aussi la limite de la cavité utérine de l'organe à l'état de gravidité jusqu'à l'apparition des douleurs.

2° L'anneau qui se contracte (anneau de Bandl) marque invariablement le point où le péritoine commence à adhérer étroitement à l'utérus ; or ce point sur l'utérus à l'état de gravidité est toujours situé à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'orifice interne décrit plus haut. C'est à cette portion qu'on peut donner le nom de segment *inférieur de l'utérus.*

D'après sa structure à l'œil nu, il semble appartenir à l'utérus et non au col, dans lequel les bandes musculaires des feuilles divergent. Si on l'examine de près, et surtout au microscope, on remarque, cependant, certaines particularités qui le distiuguent du corps proprement dit de l'utérus et qui justifient un nom spécial. Physiologiquement, ce segment inférieur appartient au col, puisque, ainsi que plusieurs observations directes l'ont montré, il est probablement passif dès le début du travail et ne prend pas ou presque pas part à la contraction active du reste de l'utérus. Après l'expulsion du fœtus, il est toujours absolument passif. L'allongement pathologique de ce segment ne se produit d'ordinaire que lorsqu'il existe une obstruction mécanique considérable, ou, chez les multipares, après une involution incomplète.

OTORRHAGIE MENSTRUELLE.

Le *New-York medical Record* rapporte un cas fort curieux d'otorrhagie menstruelle, observé par le Dr Stephenoff.

Ce cas est celui d'une jeune fille de 16 ans qui éprouvait des troubles

nerveux aux approches de la période menstruelle. Une hémorrhagie vicariante survenait alors par les deux oreilles ou par une seule et durait pendant un jour ou deux. En même temps, elle était atteinte de palpitations et d'une vive douleur dans la région cardiaque. Il n'existait aucune lésion de l'oreille ; cependant, l'acuité auditive diminuait pendant la durée de l'otorrhagie.

INSTITUT OBSTÉTRICO-GYNÉCOLOGIQUE DE PARME.

Le professeur Calderini a publié le compte rendu des opérations qui ont été pratiquées cette année dans cette clinique. Nous en extrayons quelques-unes des plus importantes.

1° Ablation totale de l'utérus en prolapsus complet affecté de myomes multiples sous-péritonéaux (29 avril). Le professeur employa, avec quelques modifications de détail, la méthode de Kalten. Comme le prolapsus de la paroi antérieure du vagin persistait, le chirurgien en fit la colporrhaphie antérieure par la méthode de Simon ; la malade guérit ;

2° Enucléation de myomes sous-muqueux de l'utérus d'un volume considérable, — Guérison (6 avril) ;

3° Extirpation d'un kyste ovarique droit (22 avril), situé dans le cul-de-sac de Douglas, chez une femme de 56 ans. — Guérison ;

4° Fistule vésico-vaginale (7 mai) chez une rachitique par suite d'accouchement au forceps ; la méthode de Boseman réussit parfaitement ;

5° Amputation sus-vaginale du col de l'utérus atteint d'épithélioma (2 mai). — Guérison de l'opération ;

6° Procto-colpo-périnéorrhaphie pour une déchirure complète de la fourchette et du périnée ;

7° Laparotomie exploratrice et ablation d'un énorme myome kystique de l'utérus. — Guérison ;

8° Extirpation complète par le vagin, avec succès définitif, de l'utérus atteint d'épithélioma.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

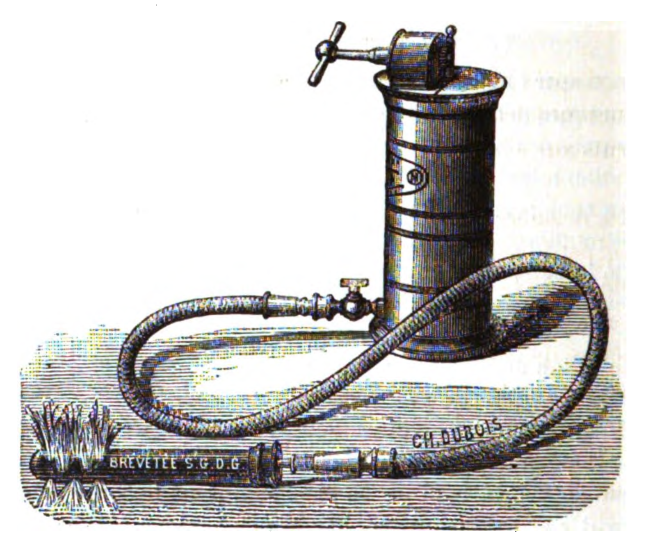
Canule porte-remèdes du docteur G. Gautier (de Paris).

Cette canule, construite par M. Ch. Dubois, permet de faire des lavages simples ou médicamenteux du vagin.

Le principe de l'instrument repose sur son mode de bouchage.

Le bouchon présente une ouverture dans laquelle on peut introduire l'embout d'un récipient quelconque.

Sous une faible pression, le liquide du récipient passe dans la canule, sort par les orifices ménagés à l'extrémité vaginale de sa partie cylindrique, baigne les culs-de-sac du vagin ainsi que le col de l'utérus et vient sortir par la vulve après avoir irrigué les parois vaginales.



En variant les solutions médicamenteuses, on peut donc utiliser cette nouvelle canule dans les affections des organes que nous venons d'énumérer et après l'accouchement.

La construction de la canule permet de déposer dans l'intérieur des poudres ou d'autres substances actives qui, dissoutes, et entraînées par le liquide du bain ou du récipient, constituent une médication locale efficace.

VARIÉTÉS

—

L'INVENTION DU FORCEPS DUE A UN FRANÇAIS.

Le *British medical* rapporte qu'à la suite de la Saint-Barthélemy, un chirurgien français, moins connu qu'Ambroise Paré, à qui Charles IX avait accordé la vie, *Guillaume Chamberlin*, dut s'enfuir à

Southampton avec son jeune fils auquel il fit suivre à Londres les cours de médecine. Pierre Chamberlin, après de brillantes études, se consacra aux maladies des femmes et découvrit le forceps, qui a peut-être sauvé plus d'existences que tous les autres instruments de la chirurgie.



LA MOMIE DE SÉSOSTRIS

Voici, d'après le procès-verbal de Maspero, fait à Bouloq, le 3 juin 1886 quelques détails sur la momie de Sésostris, qui vivait quinze ou seize cents ans avant l'ère chrétienne et fut le plus grand roi de l'Egypte :

« Cette dernière enveloppe écartée, Ramsès II apparut. La tête est allongée, petite par rapport au corps. Le sommet du crâne est entièrement dénudé. Les cheveux, rares sur les tempes, s'épaississent à la nuque et forment de véritables mèches lisses et droites d'environ cinq centimètres de longueur : blancs au moment de la mort, ils ont été teints en jaune-clair par les parfums. Le front est bas, étroit, l'arcade sourcilière saillante, le sourcil blanc et fourni, l'œil petit et rapproché du nez, le nez long, mince, busqué comme le nez des Bourbons, légèrement écrasé au bout par la pression du maillot, la tempe creuse, la pommette proéminente l'oreille longue écartée de la tête, percée d'un trou comme celle d'une femme pour y accrocher des pendants, la mâchoire forte et puissante, le menton très haut. La bouche, assez peu fendue, est bordée de lèvres épaisses et charnues ; elle était remplie d'une pâte noirâtre, dont une partie, détachée au ciseau, a laissé entrevoir quelques dents très usées et très friables, mais blanches et bien entretenues. La moustache et la barbe, peu fournies et rasées avec soin pendant la vie, avaient crû au cours de la dernière maladie ou après la mort ; les poils, blancs comme ceux de la chevelure et des sourcils, mais rudes et hérissés, ont une longueur de 0,002 ou 0,003. La peau est d'un jaune terreux, plaqué de noir. En résumé, le masque de la momie donne très suffisamment l'idée de ce qu'était le masque du roi vivant : une expression peu intelligente peut-être légèrement bestiale, mais de la fierté, de l'obstination et un air de majesté souveraine qui perce encore sous l'appareil grotesque de l'embaumement. Le reste du corps n'est pas moins bien conservé que la tête, mais la réduction des chairs en a modifié plus profondément

l'aspect extérieur. Le cou n'a plus que le diamètre de la colonne vertébrale, la poitrine est ample, les épaules sont hautes, les bras croisés sur la poitrine les mains fines et rougies de henné. La plaie par laquelle les embaumeurs avaient ôté les viscères s'ouvre largement au flanc gauche. Les parties génitales ont été enlevées à l'aide d'un instrument tranchant. Les cuisses et les jambes sont décharnées, les pieds longs, minces, un peu plats, frottés de henné comme les mains. Le cadavre est d'un vieillard, mais d'un vieillard vigoureux et robuste ; on sait, en effet, que Ramsès II régna soixante-dix-sept ans seul et dut mourir presque centenaire. »



UNE TABLE FANTASTIQUE ET DANGEREUSE.

Il est question de produire dans l'Exposition de l'Institut de Franklin, à Philadelphie, une table vraiment fantastique et d'un réalisme effrayant. Cette table se trouve dans le palais Pitti, à Florence. Le palais contient les merveilles de la peinture italienne et il paraît étrange de trouver cette table au milieu des chefs-d'œuvre de l'art. Elle fut fabriquée par Giuseppe Sagatti, qui employa plusieurs années à l'achever. Pour celui qui l'aperçoit, elle paraît un curieux travail de marbres de différentes nuances, car elle ressemble à une pierre polie. et pourtant elle n'est composée que de morceaux de muscles, cœur et intestins de corps humains. Il a fallu pour la fabriquer une centaine de cadavres.

Cette table est ronde, d'une largeur d'un mètre de diamètre, avec un piédestal et quatre griffes, et le tout est de chair humaine pétrifiée.

Son auteur est mort depuis cinquante ans.

Le *Journal de médecine de Bordeaux* rapporte, qu'après avoir passé par les mains de trois propriétaires, dont le dernier s'est suicidé et l'a arrosée de son sang, elle est arrivée au palais Pitti.

Sagatti était parvenu à solidifier les corps en les plongeant dans plusieurs bains minéraux. Il obtenait les cadavres de l'hôpital.

Les intestins servaient pour les ornements du piédestal. Les griffes sont faites avec les cœurs, les foies et les poumons et conservent la couleur de la chair. La table est faite de muscles artistiquement arrangés. Autour, il y a une centaine d'yeux et d'oreilles qui produisent

le plus étrange effet. Les yeux, dit-on, semblent vivants et ils vous regardent, à quelque point que vous vous placiez. Ce fut le travail le plus difficile de l'artiste. Il fut content de son œuvre et communiqua aux savants sa méthode.

Le dernier propriétaire de cette table, Giacomo Rittaboca, l'avait placée au centre de son salon et se faisait un plaisir de la montrer aux visiteurs, en disant que c'était l'œuvre d'un sculpteur original, puis, le soir, il en expliquait la véritable origine.

Une nuit de Noël, il avait réuni quelques amis, et l'on jouait aux cartes sur cette table. Rittaboca perdait et les yeux de la table le fascinaient ; il était pâle, agité ; enfin, il se leva et marcha à pas pressés, puis vint se rasseoir et perdit encore, distrait par la fixité de ces regards qui le poursuivaient. On voulut le faire changer de place, on couvrit ces yeux importuns. « C'est inutile, dit-il, et il raconta à ses amis toute l'histoire de cette table composée de parties humaines. Ce n'est pas du marbre, dit-il, c'est de la chair, de vrais yeux, de vrais muscles, de véritables cœurs. Voyez ! ils sont encore vivants. Ces yeux vous parlent, je ne puis les supporter ; ils me rendront fou. Alors, subitement, il prend un poignard, et avant qu'on eût le temps de retenir son bras, il s'était frappé au cœur en disant à ses amis : « « J'en suis débarrassé. » Son sang coula sur la table et son cadavre roula par terre. Ses héritiers furent heureux de vendre le meuble au gouvernement, et si le conservateur du palais Pitti veut le prêter à l'exposition, les Américains amoureux de fortes émotions pourront être satisfaits.

NOUVELLES

MALADIES DES FEMMES

Le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, reprendra ses leçons cliniques, à sa clinique, 9, rue de Savoie, le lundi 8 novembre prochain, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Les élèves sont exercés à l'examen des malades.

ECOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — M. Druhen (Etienne), professeur de pathologie externe et médecine opératoire, est nommé, à partir du 1er novembre 1886, professeur de clinique obstétricale et gynécologique,

en remplacement de M. de Sanderet de Valonne, nommé professeur honoraire.

—

— FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Demon, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours complémentaire d'accouchement.

—

— Par arrêté ministériel en date du 25 septembre 1886, la chaire de clinique obstétricale et accouchements de la Faculté de médecine de Lille est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

BIBLIOTHÈQUE

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE DE LITTRÉ.

Voulez-vous un livre de médecine accessible à tous ? un livre commode, précis et cependant complet, dans lequel vous puissiez trouver de quoi satisfaire votre juste curiosité, — qui décrive la structure et le fonctionnement de nos organes, les causes de toutes nos maladies, les symptônes qui permettent de les reconnaître, les traitements appropriés qu'on peut leur opposer, — qui passe en revue les médicaments usuels, leur composition, leurs propriétés, la façon de les préparer et de les administrer, — qui indique les secours à donner aux empoisonnés, noyés, asphyxiés, blessés, — qui expose les récentes découvertes de l'hygiène et ses applications pour les malades et les gens bien portants, variable selon le sexe, l'âge et les professions ?

Nous ne saurions trop vous recommander le *Dictionnaire de médecine* de Littré.

C'est le livre le plus complet, le plus au courant des progrès modernes et le meilleur marché.

Le *Dictionnaire de médecine* de Littré, édition populaire (160e mille), se publie en 48 séries;

24 séries, portant des numéros impairs, comprendront chacune deux feuilles de texte et 2 planches hors texte. — 24 séries, portant des numéros pairs, comprendront chacune 3 feuilles de texte.

L'ouvrage complet formera : 1° Un volume grand in-8° jésus, à deux colonnes, de 1900 pages avec 550 figures ; 2° Un Atlas de 48 planches tirées hors texte.

Il paraît une série tous les jeudis, depuis le 15 avril 1886. Prix de chaque série : 50 centimes.

On souscrit à l'ouvrage complet, qui sera envoyé *franco* chaque semaine, en adressant aux Éditeurs un mandat postal de 24 francs. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 16, rue Hautefeuille, Paris.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

212. — Éther hémostatique. — Dans des cas assez fréquents, tels que la ponction de l'ascite, l'ouverture d'un abcès, le praticien a souvent besoin de produire l'anesthésie de la région où il doit opérer. Ordinairement, on se sert d'éther très pur.

Le Dr Richardson a formulé un mélange qu'il prépare ainsi :

Il prend de l'éther absolu dont le point d'ébullition est 35° qu'il sature de tanin sous une température basse; il traite ensuite cette solution par le collodion ; le liquide passe facilement à travers le tube d'un pulvérisateur sans l'obstruer. Il produit une anesthésie locale très efficace et possède une odeur agréable.

Quand on dirige la pulvérisation sur une surface saignante, les premiers effets sont ceux de la réfrigération, c'est-à-dire la condensation et la pâleur des tissus. Si le sang s'écoulait, il se coagule, et quand les tissus se relâchent, le sang qu'ils laissent suinter pénètre dans les mailles du caillot comme dans une éponge et l'hémorrhagie est arrêtée très rapidement. Son action peut se résumer en trois points :

1° Effets de constriction produits par le froid sur les vaisseaux sanguins.

2° Action styptique de la solution sur la fibrine et l'albumine du sang.

3° Répartition extrêmement ténue du liquide sur toute la surface saignante.

On peut aussi appliquer l'éther hémostatique sur la surface saignante, laissée après l'extraction d'une dent, sur les ulcérations saignantes du cancer utérin, ou sur les hémorrhoïdes qui donnent du sang.

***

213. — Pilules contre la chlorose. — M. Vigier donne, dans la chlorose, les pilules suivantes, qu'il prescrit à la dose de deux à quatre par jour au moment des repas.

Pirophosphate de fer citro ammoniacal.....	20 gr.
Gomme pulv............................	2 gr.
Réglisse pulv..........................	2 gr.

Sirop de gomme, q. s. pour faire 100 pilules non argentées.

Il joint à ce traitement l'emploi du vin de quinquina au Malaga, un régime azoté et l'exercice au grand air.



214. — Emploi de la cocaïne contre les vomissements incoercibles de la grossesse. — Le Dr Fraipont, qui a fait une étude de cette substance dans ce cas particulier, n'est pas de l'avis de ses devanciers.

En 1884, Weiss prescrivait, pour combattre les vomissements des femmes enceintes, l'administration de la cocaïne, en solution dans l'eau, au dixième, à la dose d'une cuillerée à café toutes les demi-heures.

Engelmann (de Creuznach) et Holtz ont fait usage d'une solution à 3 et à 10 p. 100, et la prescrivaient par dose de 10 à 30 gouttes par jour. Enfin, tout dernièrement, pour ne citer que ces observateurs, M. Bois (d'Aurillac) a essayé, dans le même but et avec le même succès, d'une pommade contenant 1 centigramme de chlorhydrate de cocaïne pour 50 grammes de vaseline. Il l'appliquait le matin et le soir sur le col de l'utérus.

M. Fraipont préfère la méthode hypodermique et injecte sous la peau de l'épigastre une seringue entière de Pravaz d'une solution à 4 p. 100. Il en a obtenu des succès contre les vomissements consécutifs à l'administration du chloroforme, et cite deux cas dans lesquels son efficacité n'a pas été douteuse : Dans l'un, il s'agissait d'intolérance gastrique survenant après une excision cunéiforme des lèvres du col utérin ; dans l'autre, de vomissements rebelles consécutifs à la kélotomie.

Cependant, il considère l'ingestion stomacale comme préférable dans les cas où l'indication consiste à calmer l'irritation nerveuse des parois stomacales. Tels sont les vomissements incoercibles de la gravidité. La méthode de M. Bois ne lui paraît utilisable que si l'estomac refuse même de tolérer les solutions de cocaïne.



215. — L'Ichthyol dans le prurit vulvaire. — Cette substance que le Dr Lorenz a employée dans un certain nombre de cas divers, donne de bons résultats contre les démangeaisons du prurit vulvaire.

La solution employée est faite à 10 pour cent.

Dans le prurigo sénile, la solution est plus concentrée et peut être portée à 30 0/0.

Dans le trouble catarrhal avec vomissements qui accompagnent assez fréquemment les affections utérines, l'ichthyol s'administre à l'intérieur sous la forme d'une solution aqueuse à 1 pour 100, à la dose de quatre cuillerées à café par jour.



216. — Poudre désinfectante pour le pansement des champignons épithéliomateux du col de l'utérus. — Sigmund recommande la formule suivante qui lui a donné de bons résultats pour saupoudrer les plaies et ulcérations syphilitiques.

Elle est d'un usage excellent dans l'épithélioma du col de l'utérus pour déterger et désinfecter les masses saignantes lorsque l'affection a envahi le col et les cul-de-sacs.

Goudron de hêtre ou huile de cade...	20 à 40 gr.
Sulfate de chaux pulv................	200 gr.



217. — Emploi de l'essence de térébenthine dans le traitement abortif des abcès de la mamelle. — Le Dr Llewellyn-Elliot fait usage de médication térébenthinée depuis quinze ans contre les engorgements, les inflammations et les abcès mammaires. Le seul inconvénient de l'essence de térébenthine est son odeur ; mais cet inconvénient semble de faible importance dans une maladie où les douleurs vives causent l'insomnie et où la suppuration termine habituellement les accidents.

Le traitement consiste à recouvrir la région malade avec des compresses imbibées de l'essence et à continuer le pansement jusqu'à disparition de la douleur. L'enfant peut être allaité avec le sein malade, mais à condition d'enlever, par un lavage préalable, toute trace du médicament. M. Llewellyn Elliot ne donne pas ce traitement comme

infaillible ; loin de là, il lui attribue la même valeur qu'aux autres médications indiquées dans les livres classiques.



218. — Hystérectomie vaginale ; manuel opératoire. —Voici résumée, d'après la *Gazette des Hôpitaux*, la méthode préconisée par M. Richelot pour l'hystérectomie vaginale :

b) Deux écarteurs coudés à lame étroite étant placés latéralement, l'opérateur déprime la fourchette avec un ou deux doigts de la main gauche, et introduit une pince de Museux qui va saisir le col ; pour le tenir solidement, deux pinces placées côte à côte ne sont pas inutiles. L'utérus est abaissé doucement.

c) Avec un bistouri ordinaire, incision du cul-de-sac vaginal antérieur. Ne la faites pas trop haut, de peur de toucher la vessie. Continuez l'incision circulairement autour du col, incliné, puis relevé à l'aide des pinces de Museux. Les deux écarteurs à lame étroite suivent les mouvements de l'opérateur, et sont presque toujours suffisants ; une valve de Sims, qui donne beaucoup de jour sur un point, mais qui tire sur les parties voisines et empêche de voir l'ensemble, est rarement nécessaire. Le tranchant du bistouri, toujours perpendiculaire à la surface de l'utérus, détache entièrement la paroi vaginale, sectionne les brides celluleuses et dégage le col.

d) Les doigts suffisent d'ordinaire pour décoller rapidement la vessie ; ils atteignent le fond de l'utérus et sentent le cul-de-sac péritonéal tendu au fond de la plaie. Il faut alors soulever la vessie avec l'index de la main gauche, conduire une pince au ras de l'utérus, saisir et attirer le péritoine, y faire une boutonnière avec le bistouri ou les ciseaux. Puis les deux index, introduits dans la boutonnière, le déchirent largement ; une éponge montée est placée dans l'ouverture béante.

e) En arrière, la manœuvre est beaucoup plus facile. En coupant vers l'utérus, on atteint vite le cul-de-sac péritonéal et souvent on l'ouvre sans l'avoir prévu ; en tout cas, le rectum est plus loin du bistouri que ne l'était la vessie tout à l'heure. La boutonnière faite et largement déchirée, on place une éponge montée comme devant : l'utérus ne tient plus que par les ligaments larges.

Tous les temps qui précèdent ont pu être exécutés rapidement ; ce-

lui qui reste, long et pénible dans les anciens procédés, ne nous demandera ni plus de patience, ni plus de peine.

Supposons d'abord que le cas est facile, c'est-à-dire que l'utérus descend volontiers. Après avoir complété, s'il y a lieu, par quelques coups de bistouri à droite et à gauche, le dégagement du col, j'introduis l'index de la main gauche en avant de l'utérus et j'accroche le bord supérieur d'un ligament large ; puis, prenant la pince longue et courbe sur le champ, j'introduis un mors dans la déchirure postérieure du péritoine et l'autre dans la déchirure antérieure. Le ligament se trouve ainsi embrassé ; je pousse de bas en haut et mon doigt placé en crochet m'indique si l'extrémité de la pince a dépassé le bord supérieur ; alors je serre au dernier cran, je coupe au ras de l'utérus, et j'attire l'organe au dehors. Le pincement et la section du second ligament large se font à ciel ouvert.

Si, au contraire, l'utérus ne veut pas descendre, les premiers temps n'en sont pas notablement modifiés, mais le traitement des ligaments larges offre des difficultés nouvelles. Dans ce cas, les parties latérales du col étant bien dégagées, au lieu d'aller chercher le bord supérieur du ligament, peu accessible, je propose de saisir d'abord avec une pince droite sa moitié inférieure. Les mors de cette pince, un peu moins longue et moins puissante que la courbe, sont introduits de la même façon ; puis on coupe au ras de l'utérus dans la hauteur de la pince. L'organe ainsi libéré à droite et à gauche, dans une grande étendue, se laisse attirer avec moins d'efforts, et il devient aisé de placer d'autres pinces au niveau de ses cornes.

La plaie vaginale doit rester béante, et la cavité vaginale se remplit mollement avec des tampons d'ouate iodoformée. Puis la malade est placée commodément dans son lit ; les pinces sont entourées d'ouate et bien soutenues entre les jambes, un peu fléchies.

On retire les pinces au bout de quarante-huit heures, mais on pourrait le faire dès le second jour. D'ailleurs, tout reste en place, et la malade n'est pas dérangée.



219. — Poudre contre la vaginite. — En dehors des lavages vaginaux, qui donnent d'excellents résultats, on peut faire également usage de poudres diverses. Voici une formule qui a donné à l'auteur, M. Delineau, de bons effets dans le traitement de cette affection :

Acide salicylique.........................	30 gr.
Poudre de charbon de peuplier............	50 gr.
Poudre de talc...........................	100 gr.

On projette cette poudre au moyen d'un insufflateur sur toute la surface du vagin, en ayant soin de retirer lentement le spéculum, afin de bien couvrir de poudre la muqueuse malade et la vulve.



220. — Traitement tonique chez les enfants débiles. — Le Dr Monin recommande dans ce cas l'usage du sirop suivant à la dose de trois cuillerées à café par jour.

Sirop d'iodure de fer..................	} ââ 60 gr.
Eau distillée de camomille.............	}
Teinture de Fèves de Saint-Ignace.........	5 gr.

M. Chéron conseille dans les mêmes circonstances, le sirop suivant, qui lui a donné d'excellents résultats.

Extrait de noyer (extrait Granval)..........	15 gr.
Phosphate de soude......................	10 gr.
Sirop d'écorce d'oranges amères..........	150 gr.

De trois à quatre cuillerées à café par jour.



221. — Moyen d'obtenir l'hémostase dans l'hystérectomie vaginale. — C'est là, la principale difficulté de laquelle dépend presque uniquement le succès.

Les principes primitivement établis par Martin et Schroeder ont été sérieusement modifiés.

Léopold et quelques autres gynécologues de Dresde ont établi la nécessité de multiplier les sutures sur les gros vaisseaux péri-utérins, et cela de la façon suivante :

1° Par une ou plusieurs ligatures faites sur la continuité des vaisseaux ; 2° par une autre ligature portée sur le bord sectionné. De la sorte, chaque artère importante est étreinte et liée à son extrémité et sur un point de son trajet. De plus, ils établissent avec soin sur toutes les surfaces saignantes et sur les bords sectionnés des ligaments

un véritable treillis de ligatures isolées qui comprennent à la fois les branches vasculaires et les tissus qui les environnent, cela par le moyen d'une aiguille courbe que l'on pique directement dans le tissu comme pour repriser.



222. — Conduite à tenir dans les cas de torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire. — Le Dr PARIZOT résume ainsi l'étude qu'il a faite de cette complication d'ailleurs assez fréquente des kystes de l'ovaire.

Les principales conditions inhérentes au kyste et favorables à la production de cette complication sont le petit volume de la tumeur, une mobilité excessive et un long pédicule.

Cliniquement elle engendre deux sortes d'accidents : 1° des accidents aigus (péritonisme, anémie aiguë) ; 2° des accidents plus lents dans leur évolution sous la forme de poussées successives de péritonite.

Elle est d'un diagnostic relativement facile lorsqu'on est prévenu de sa possibilité.

Le pronostic en est toujours grave, grave pour le présent, puisqu'elle amène quelquefois une mort rapide, grave dans tous les cas pour l'avenir, puisque les lésions consécutives, adhérences du kyste aux parties environnantes, et friabilité de ses parois, constitueront de grandes difficultés pour l'extraction si on se décide à la pratiquer plus tard.

Le seul traitement de cette complication est véritablement l'ovariotomie pratiquée immédiatement, s'il s'agit de ces formes aiguës rapidement mortelles, et toujours dans les deux premiers mois qui suivront le début des accidents, si les symptômes ont été légers. La laparotomie devra être tentée, même dans ces cas de cachexie profonde qui résulte de la suppuration chronique du kyste et du péritoine.



223. — Traitement de la chorée. — Contre cette affection, Parvin conseille le mélange suivant qu'il administre en solution aqueuse, trois fois par jour :

Sulfate d'hyosciamine	1/6 de milligr.
Bromure de sodium.........	25 centigr.

Concurremment, la malade est mise à l'usage de la liqueur de Fowler, prise à la dose de deux gouttes après chaque repas.



224. — Traitement de l'hématocèle péri-utérine par la galvano-puncture négative. — MM. Apostoli et Doléris ont fait un travail sur le traitement des tumeurs par la galvano-puncture négative. Il y a d'abord une action du courant qui est toute chirurgicale et qui produit la cautérisation profonde dite tubulaire ; cette cautérisation permet d'ouvrir sans aucun danger une collection morbide plus ou moins profonde, et de la mettre en communication avec l'extérieur ; car l'eschare, en tombant, crée une fistule plus ou moins double, tout en maintenant les adhérences entre la cavité pathologique et l'extérieur (peau ou muqueuse).

Il y a une deuxième action qui est toute dynamique ou trophique et est destinée à modifier la nutrition des collections pathologiques (abcès, kystes, etc.) et à provoquer un processus de régression plus ou moins rapide. C'est de cette façon que ces auteurs ont déjà traité une hématocèle péri-utérine et ils espèrent bientôt traiter aussi la péri-métrite et le phlegmon chronique.

D'une façon générale, la térébration galvano-caustique agit par un double mécanisme : le premier chirurgical en fistulant largement les exsudats solides, et leur ouvrant une voie d'élimination permanente ; le 2e médical en créant un processus intime de désintégration rapide.



225. — Traitement de la constipation chez les nourrissons. — Ellis conseille, dans les cas de constipation des enfants à la mamelle, de faire usage des paquets suivants que l'on fait prendre toutes les trois heures :

Magnésie calcinée.......	1 g. 20 à 2 g. 50
Extrait de jusquiame.....	20 à 30 centig.
Poudre d'Ipéca...........	10 à 15 centig.

pour faire 12 paquets.



226. — Traitement des calculs chez la femme. — Le

Dr Curtil, dans sa thèse inaugurale, donne les conclusions suivantes relatives au traitement des calculs chez la femme :

1° Toutes choses égales d'ailleurs, nous préférerons toujours une opération non sanglante à une opération sanglante.

2° Pour un calcul ne dépassant pas 2 ou 3 centimètres et demi, nous ferons de la dilatation la méthode de choix.

3° Dans les cas de calculs même volumineux, mais friables, chez une malade à vessie tolérante et normale, nous ferons la lithotritie, dont nous modifierons dans certains cas le manuel opératoire.

4° Dans tous les autres cas, nous emploierons la taille hypogastrique.



227. — Eclampsie puerpérale; — son traitement.— Dès que l'albuminurie est constatée, établir le régime lacté, et faire une saignée de 300 à 500 grammes, surtout si la femme est robuste et pléthorique. Si l'éclampsie se déclare, saignée de 300 à 500 grammes, chloral de 4 à 12 et 16 grammes en fractionnant les doses ; inhalations de chloroforme. — Si la dilatation le permet, terminer l'accouchement ; — ne pas provoquer l'accouchement, ni surtout l'avortement. — Dans le cas d'éclampsie survenue après la délivrance, employer le chloral et le chloroforme.

M. Delore formule le traitement de la manière suivante : 1° saignées, si la femme est pléthorique ; 2° perchlorure de fer, si elle est anémique ; 3° chloroforme pour calmer les crises ; 4° chloral en lavement, à haute dose, d'heure en heure ; 5° bains froids ; 6° provoquer l'accouchement, si la maladie paraît grave, et si l'enfant est vivant.



228. — Traitement du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement. — Le Docteur P. Bar, qui a étudié la question, cite, dit l'*Union médicale*, trois méthodes de traitement qui ont été proposées pour le cancer compliquant la grossesse.

L'avortement ou l'accouchement prématuré qui forment la première n'ont pas d'action contre l'extension trop rapide de la tumeur, et quand cette dernière est susceptible de créer de grandes complications au moment du travail à terme, ils ne mettent pas à l'abri de tous les accidents et souvent font sacrifier le fœtus sans bénéfice pour

la mère ; on a encore eu recours à ces opérations pour pratiquer ensuite l'amputation du col, ce que l'auteur ne regarde pas comme légitime ; enfin elles forment le premier temps de l'extirpation totale par le vagin. L'amputation du col constitue la deuxième méthode ; la grossesse est interrompue dans un tiers des cas environ ; quand elle continue, les malades éprouvent un grand soulagement ; mais l'opération dont les cicatrices peuvent devenir une cause de dystocie, n'a jamais été que palliative ; dans un seul cas, M. Budin pense que l'on pourrait la proposer : c'est quand le cancer est limité et le fœtus viable. La troisième méthode est l'extirpation de l'utérus que l'on a pratiquée par la voie abdominale, et par la voie vaginale. Les dangers de l'extirpation par l'abdomen, opération de Freund, sont bien plus considérables pendant la grossesse que quand l'utérus est vide, et l'auteur la regarde comme contre-indiquée ; il en est de même pour lui de l'extirpation par la voie vaginale, et il admet, en somme, qu'il « faut se borner à traiter les accidents qui peuvent survenir en soulageant les malades par les moyens que l'on emploie hors de la gestation ». Dans le cas d'épuisement menaçant de mort rapide, si l'enfant est vivant et viable, on pourra recourir à l'opération césarienne.

Pendant le travail, il faudra employer largement les injections antiseptiques, et varier sa conduite selon que le col n'est pas dilaté, est dilaté en partie ou en dilatation complète.

1° *Col non dilaté.* Le fœtus est vivant ou il est mort. Dans le premier cas, on peut intervenir pour abréger, autant que possible, la durée de la dilatation ; la perforation des membranes, l'emploi du ballon de Barnes, de l'éponge préparée, sont contre-indiqués, les incisions ne rendent aucun service, l'extirpation de la tumeur ne peut être utile que quand on peut enlever la plus grande partie des tissus dégénérés, de sorte qu'en fait on pratiquera le plus souvent l'expectation ; quand même il se produirait une rupture du col, elle aurait lieu au point le moins résistant et serait plus efficace que les incisions. Si un accident grave apparaît chez la mère, si le fœtus souffre, il faut rapidement terminer par l'opération césarienne. Quand l'enfant est mort et qu'il n'y a pas d'accidents, on peut attendre ; mais, s'il est putréfié, on recourrra à l'embryotomie ou, si l'on ne réussit pas, à la laparotomie, d'une gravité excessive dans ces cas.

2° *Dilatation commencée.* L'enfant est vivant. On pourra activer la dilatation par les ballons de Barnes si le cancer n'occupe qu'une partie du col et que la présentation ne soit pas celle du sommet, ou

encore pratiquer l'excision de la tumeur ; mais si quelque complication oblige à terminer vite, la conduite à tenir est délicate. Dans le cas de rupture utérine, on fera la laparotomie, si la présentation est celle de l'épaule ou du siège, et que la version ne soit pas possible, ou bien qu'en cas de présentation du sommet la tumeur soit volumineuse, la paroi très résistante et la dilatation peu avancée ; dans le cas de parois minces et peu résistantes, de dilatation assez étendue, on pourra employer l'ablation de la tumeur quand elle peut faire disparaître l'obstacle ou bien enfin les incisions suivies d'application de forceps plutôt que l'extraction forcée avec cet instrument. Si l'enfant est mort, on emploiera, comme ci-dessus, la laparotomie ou l'embryotomie.

3° *Dilatation complète ou presque complète.* Après la rupture des membranes, si le fœtus est vivant, forceps avec ou sans incisions et quelquefois extirpation de la tumeur ; si le fœtus est mort, embryotomie.

Quand il y a accouchement prématuré et à plus forte raison avortement, on cherchera autant que possible à terminer par l'extraction par les voies génitales.



229.— Solution contre la coqueluche.— M. Labrio recommande l'emploi de la solution suivante dont on badigeonne à l'aide d'un pinceau pendant quelques secondes le pharynx, l'isthme du gosier, les amygdales, la base de la langue, en faisant en sorte que quelques gouttes du liquide s'écoulent dans le larynx. Cette opération est répétée 2, 3 ou 4 fois dans les 24 heures, suivant l'intensité de la coqueluche. Elle a pour effet immédiat de diminuer notablement le nombre des quintes et de supprimer les vomissements alimentaires. On cesse s'il survient une complication thoracique sérieuse, de crainte de favoriser l'accumulation des mucosités bronchiques, par la suppression des quintes.

Chlorhydrate de cocaïne..............	0,50 centigr.
Eau distillée..........................	10 gr.

⁂

230.— Antisepsie des éponges.— L'emploi des éponges dans

les grandes opérations qui se pratiquent sur les organes pelviens nécessite l'antisepsie la plus rigoureuse.

Voici, d'après la *Rev. de Th. méd. chir.*, le moyen employé par M. Dumoutiers pour priver les éponges de tous germes ou spores.

1° On bat les éponges neuves, une à une, avec un maillet de bois, pour enlever toutes les particules calcaires qu'elles peuvent contenir et que les vendeurs ont intérêt à laisser pour en augmenter le poids ;

2° On lave dans l'eau tiède (50 à 60 degrés) jusqu'à ce que la matière verdâtre qu'elles abandonnent ait complètement disparu. On trouve aussi au fond de la terrine qui sert au lavage, des particules calcaires qui ont résisté au battage. On fera bien de continuer les ablutions d'eau tiède jusqu'à ce que ces petits cailloux aient disparu ;

3° Après avoir été exprimées, elles sont placées dans une solution froide de permanganate de potasse au centième, où elles restent de quarante-cinq à soixante minutes. En général, l'oxydation des matières organiques est complète au bout de ce temps ;

4° Lavées de nouveau, elles sont jetées dans une solution de bisulfite de soude aux deux centièmes, à laquelle on ajoute un peu d'acide chlorhydrique. Ce dernier doit être employé avec beaucoup de ménagements ; souvent même le bisulfite de soude dégage suffisamment d'acide sulfureux pour obtenir l'effet voulu. Dans ce cas, on laissera de côté l'acide chlorhydrique, qui attaque les éponges et les dissocie.

Aussitôt le blanchiment obtenu, elles sont lavées plusieurs fois à l'eau froide et conservées, pendant douze heures, dans la liqueur de Van Swieten.

L'eau dont on se sert dans toutes ces manipulations doit avoir été bouillie auparavant.

Les opérations précédentes doivent donc être faites treize ou quatorze heures avant l'emploi des éponges, et on doit s'en servir aussitôt leur sortie de la solution du sublimé. Tel est le mode opératoire réservé au blanchiment des éponges neuves. On se sert à peu près du même procédé pour celles qui ont déjà servi. Il en diffère, cependant, en ce qu'il est bon, aussitôt l'opération terminée, d'enlever par des lavages à l'eau bouillante tout le sang et autres matières qu'elles peuvent contenir. Lorsqu'on s'est assuré de leur propreté relative, on les exprime et on les expose à l'air libre pour faire disparaître l'humidité qu'elles contiennent. On les conserve ainsi jusqu'à la veille de l'opération. Le battage est alors supprimé ; mais on est souvent obligé de plonger une seconde fois dans une solution de permanganate,

la première ayant été complètement réduite. Le bisulfite de soude, l'acide chlorhydrique et la liqueur de Van Swieten s'emploient comme précédemment.

* * *

231. – Conduite à tenir dans les cas de grossesse compliquée de kyste ovarique.— Le Dr Remy, qui a étudié à fond cette intéressante question, résume ainsi les principales indications du traitement :

1° *La tumeur est abdominale.*— Quand il n'y a pas d'accidents et que l'accroissement est lent, pas d'intervention; — quand des complications se produisent, d'abord ponctionner, même plusieurs fois, et ne recourir qu'ensuite à l'ovariotomie que l'on emploiera surtout pendant les premiers mois, l'accouchement prématuré provoqué étant toujours grave ; — quand la grossesse approche de sa fin, songer à l'accouchement prématuré artificiel ; — enfin, quand le travail se ralentit pendant l'accouchement, employer le forceps.

2° *La tumeur occupe le petit bassin.*— Pendant la grossesse, tenter la réduction, la ponction par le vagin, l'accouchement prématuré artificiel ou l'avortement provoqué ; — pendant le travail, se servir de la ponction ou du refoulement ; — enfin, si tout échoue, on rentre dans les rétrécissements du bassin et on essaie le forceps, la version, la crâniotomie, ou enfin, comme ressource ultime, l'opération césarienne.



233.— Coton salicylé pour pansements utérins.— Voici la formule de préparation d'un coton à l'acide salicylique qui peut être très utile pour les pansements utérins secs ou humides.

Acide salicylique pur.............	10 gr.
Alcool concentré..................	100 gr.
Glycérine.........................	1 gr.
Coton purifié.....................	100 gr.

On fait dissoudre l'acide salicylique dans l'alcool ; on ajoute la glycérine, on sature de cette solution le coton purifié, on l'exprime, on le sèche, puis on le détire et on le conserve dans des flacons bouchés hermétiquement.



234. — Traitement de l'otite diffuse chez les enfants. — Voici ce que conseille M. Miot dans les phases diverses de cette affection.

Dans les cas suraigus, applications répétées de sangsues. Instillations fréquentes dans l'oreille du liquide suivant :

Décoction forte de tête de pavot	ââ 50 gr.
Eau de goudron..............	

Quand l'inflammation est moins vive ou dans des cas moins prononcés, pratiquer des injections d'eau tiède trois fois par jour et cinq à six instillations du liquide suivant, employé tiède :

Acide borique.................	1 gr.
Eau de goudron...............	10
Glycérine pure	20

Dans les cas plus bénins ou lorsque l'inflammation est sur son déclin, on fera quatre à six instillations tièdes par jour avec le liquide suivant :

Sulfate d'alumine...............	1 gr.
Eau de goudron................	30 à 50 gr.
Hydrate de chloral..............	0 gr. 20.



235. — Ulcérations du col utérin. — Marsan conseille le glycérolé suivant comme un excellent topique dans ces affections, souvent si rebelles.

Glycérolé d'amidon....	60 gr.
Iodoforme......................	6 gr.
Essence de menthe poivrée........	Q. S.

Un tampon de coton hydrophile est imbibé de cette préparation et appliqué avec soin sur le col malade. On maintient ce premier tampon en appliquant ensuite des tampons secs ; le pansement sera renouvelé toutes les vingt-quatre heures : on le fera précéder d'un lavage vaginal.

Les crayons d'iodoforme introduits dans l'utérus et laissés à demeure auront aussi d'excellents effets.



236.— Traitement de la diphthérie. — Le traitement indiqué par Jorge consiste dans l'emploi des vomitifs au début ; des inhalations d'eau bromurée ou phéniquée et des badigeonnages avec la solution concentrée de benzoate de soude.

Il donne, en outre, la potion suivante, qu'il administre à la dose d'une cuillerée toutes les heures.

Benzoate de soude...............	4	gr.
Chlorate de potasse..............	2	—
Bromure de potassium	1	—
Glycérine pure...................	30	—
Eau distillée......................	120	—

M. S. A.

On a conseillé aussi l'emploi des pilules suivantes dont on prend une toutes les heures, nuit et jour :

Sulfure de calcium...........	5 centigram.
Digitaline	ââ 1 milligramme.
Arséniate de quinine...... ...	

Mél. pour une pilule.

En faire soixante semblables.

***

237. — Poudre laxative. — Voici une formule, utile à connaître, pour combattre les constipations qui accompagnent si fréquemment les affections utérines :

Séné pulvérisé..................	4	gram.
Réglisse pulvérisé...............	4	—
Fenouil pulvérisé	2	—
Soufre sublimé et lavé..........	2	—
Sucre pulvérisé	12	—

Mêlez. A prendre depuis un gramme 80 centig. jusqu'à 3 grammes 60 centigr. le matin à jeun, plusieurs jours de suite, pour un effet laxatif.

FORMULAIRE

—

Du sulfure de carbone camphré dans le traitement de la névralgie lombo-abdominale. (J. Chéron.)

On a souvent employé, dans ces dernières années, un mélange à parties égales de camphre et de chloral pour combattre les névralgies. Ce mélange, comme le menthol d'ailleurs, produit une sensation de brûlure accompagnée d'une sensation de froid intense avec anesthésie temporaire de la région.

Plus efficace que ces deux dernières substances est le sulfure de carbone rectifié dans lequel on a fait dissoudre du camphre à saturation.

J'en ai fait l'application dans ces derniers mois, *loco dolenti*, dans le traitement de la névralgie lombo-abdominale. On applique avec un pinceau pendant deux ou trois minutes, sur la peau de la région qui recouvre les vertèbres lombaires et du sacrum ainsi que les points d'émergence des petits sciatiques.

Il se produit une sensation de froid très intense suivie d'un sentiment de brûlure et la peau reste toute blanchie par le dépôt de camphre en poudre adhérente et impalpable qu'a laissé l'évaporation du sulfure de carbone.

En dehors de l'action révulsive énergique due à l'application de ce moyen, il se produit aussi une anesthésie locale fort remarquable.

De tous les moyens que j'ai employés à combattre la névralgie lombo-abdominale, le sulfure de carbone est certainement celui qui agit le plus rapidement. J'ai vu des métrorrhagies, liées à l'existence d'une névralgie lombo-abdominale intense, céder à une ou deux applications de sulfure de carbone camphré.

Sulfure de carbone rectifié....	30 grammes.
Camphre....................	à suturation.

En dehors de son action sédative, le camphre a l'avantage, dans cette circonstance, de désinfecter le sulfure de carbone.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

QUELQUES MOTS SUR LA DILATATION DU CANAL CERVICAL, A PROPOS D'UN CAS D'ÉNUCLÉATION SPONTANÉE D'UN FIBRO-MYOME SOUS-MUQUEUX, A LA SUITE D'UNE DILATATION DE LA MATRICE, RAPPORTÉ PAR LE Dr WALTON.

La dilatation du canal cervical est une des questions les plus intéressantes de l'étude des maladies utérines ; ses applications, en effet, tendent à devenir de plus en plus nombreuses, les résultats qu'elle donne sont de plus en plus importants ; enfin, dans tous les pays, on s'est efforcé d'en régler minutieusement le manuel opératoire et de perfectionner les instruments avec lesquels on peut la pratiquer.

Aussi j'ai pensé qu'il y aurait avantage à exposer brièvement l'état actuel de la science sur ce sujet, à propos de la communication très intéressante que le Dr Walton a lue dernièrement devant la Société de médecine de Gand.

Voici le résumé de cette communication :

I. La malade du Dr Walton, femme de chambre dans un hôtel de Bruxelles, âgée de 30 ans, mère de cinq enfants, dont le plus jeune a 2 ans, était dans un état de faiblesse extrême, résultat des hémorrhagies utérines abondantes et répétées qu'elle avait subies. Rien d'appréciable au toucher ; au spéculum, ectropion de

la lèvre antérieure du col, écoulement sanguinolent par l'orifice externe ; 8 centimètres au catéthérisme qui ne révéla rien de particulier. Palper abdominal et examen combiné, rien. Diagnostic : Endométrite hémorrhagique. M. Walton proposa la dilatation forcée et le curettage, qui furent acceptés avec empressement.

La dilatation fut pratiquée avec une série de dilatateurs métalliques : dilatateur de l'auteur, dilatateur à 3 branches de Sims, enfin dilatateur de Schultze. Une hémorrhagie veineuse assez abondante força l'opérateur, qui n'avait aucun aide expérimenté sous la main, à faire suivre immédiatement la dilatation du curettage sans prendre soin d'introduire le doigt dans la cavité utérine pour se rendre compte de l'état de la muqueuse, de la présence ou l'absence de néoplasme malin, de tumeur, de polype, etc. Irrigation à l'eau phéniquée, injection intra-utérine de teinture d'iode et tamponnement du vagin.

Le lendemain, évacuation de l'urine par la sonde, irrigation intra-utérine et application de tampons vaginaux.

Pansements variés les jours suivants.

Deux semaines après l'opération, la malade montra un produit qui avait été expulsé à la suite d'une injection vaginale : c'était un débris de myome intra-utérin. M. Walton, en pratiquant le toucher vaginal, en retira un second; enfin, en appliquant le spéculum, il vit, engagé dans le canal cervical, un troisième débris, de la dimension d'un œuf de pigeon, qu'il put enlever immédiatement à l'aide de la pince à faux-germe. Dès lors la guérison fut rapidement obtenue.

Ainsi donc, il s'agit là d'un cas d'énucléation spontanée d'un fibro-myome sous-muqueux auquel les métrorrhagies auraient pu faire penser et qu'une exploration digitale complète aurait révélé, si elle avait pu être pratiquée.

On sait que ces tumeurs sont enveloppées d'une coque fibreuse s'amincissant de plus en plus à mesure que le néoplasme la comprime davantage de dehors en dedans par son accroissement même. Lorsque la capsule est très mince, elle se rompt parfois, mais rarement, sous l'influence des contractions utérines, et l'énucléation spontanée se produit. Ici la dilatation brusque a rompu

la capsule et les contractions utérines ont fait le reste en énucléant la tumeur par débris séparés.

Après les dilatations lentes, au contraire, on est obligé de pratiquer soit la section simple de la capsule, soit sa destruction avec la curette à dents de scie de Gaillard-Thomas, et, si le myome est trop volumineux, d'en produire l'expulsion par le procédé du morcellement, imaginé récemment par M. Péan.

Je ne puis pas discuter ici la dernière partie de la communication de M. Walton, car j'ai hâte d'aborder les indications de la dilatation de l'utérus.

On peut ranger ces indications sous trois chefs principaux :

1° La dilatation se pratique dans le but de préciser un diagnostic. Il s'agit le plus souvent alors de métrorrhagies ayant leur point de départ dans la cavité utérine, métrorrhagies dont la cause n'a pu être déterminée par les moyens ordinaires d'exploration, et ce n'est qu'après une dilatation suffisante pour promener le doigt ou tout au moins une curette exploratrice sur tous les points de la muqueuse qu'on arrive à reconnaître si l'on a affaire à une endométrite hémorrhagique, à un carcinome, à un sarcome, à des moles, à des cotylédons placentaires, à des polypes ou à des myomes sous-muqueux.

2° La dilatation est par elle-même un moyen de traitement dans les cas de sténose des orifices interne et externe ; dans l'endométrite cervicale, où elle est utile en permettant une issue facile aux sécrétions des glandes hypertrophiées, en diminuant la compression réciproque des parois du canal cervical l'une contre l'autre, ce qui est une cause de douleur et de complications réflexes importantes, en déterminant une inflammation adhésive sous-muqueuse, qui empêche la production de l'ectropion et par suite celle des ulcérations du col ; enfin, la dilatation est un excellent moyen de décongestion de l'utérus, et même, dans certains cas, elle suffit à mettre un terme à des métrorrhagies menaçantes. Tous ces points demanderaient d'assez longs développements ; mais, à mon grand regret, je dois me borner à les indiquer dans cette courte revue. Nous venons de voir que la dilatation peut

aussi, dans des circonstances favorables, amener l'énucléation des myomes sous-muqueux.

3° La dilatation constitue le premier temps des opérations portant sur la cavité utérine, telles que le curettage, le lavage, l'ablation des polypes, l'énucléation ou le morcellement des tumeurs fibreuses, etc.

J'omets à dessein ses applications à l'obstétrique et je rappelle ses principales contre-indications : péri-métrite et para-métrite, pyo-salpingite et hématocèle péri-utérine.

a) Lorsqu'on cherche à obtenir une dilatation lente et graduelle, on a recours aux tentes de laminaire, de tupelo, de gentiane, de guimauve ou à l'éponge préparée. Ces substances, rendues aseptiques au préalable par un séjour plus ou moins prolongé dans une solution phéniquée ou dans l'éther iodoformé, agissent en se gonflant dans le canal cervical en s'imbibant des liquides sécrétés à la surface de la muqueuse utérine. On laisse ces tentes en place un nombre d'heures variable suivant le degré de dilatation que l'on recherche ; la malade doit rester au lit et il faut combattre par les procédés ordinaires les tranchées utérines qu'elles causent souvent. Tous nos lecteurs connaissent trop bien ce mode de dilatation, les précautions à prendre, les dangers auxquels il expose quand on n'assure pas l'antisepsie la plus rigoureuse aussi bien dans la confection des tentes que avant et après leur emploi, pour que nous nous y arrêtions plus longtemps.

b) La dilatation à l'aide de corps solides de calibre invariable et gradué jouit d'une grande faveur à l'étranger. Je rappellerai les pessaires à tige intra-utérine de Simpson, qui ne sont plus guère utilisés comme agents dilatateurs, les cones de Lawson-Tait, d'une application difficile à cause de la forme rectiligne du manche qui les supporte et des ceintures à ressort qui complètent l'appareil, les olives graduées de Hank, montées sur un manche en S plus commode à employer. Tous ces instruments sont actuellement abandonnés pour la filière de Hégar (de Fribourg). Elle est constituée par une série de bougies en caoutchouc durci, munies d'une poignée et ayant la courbure de la cavité utérine, gra-

duées par 1/2 millimètre jusqu'à la plus grosse qui a 22 millimètres de diamètre, ce qui est plus que suffisant pour explorer l'intérieur de la matrice avec le doigt.

Hégar fait la dilatation extemporanée, sous le chloroforme. Pour assurer l'antisepsie, on plonge pendant un quart d'heure les bougies dans une solution phéniquée à 5 %, on irrigue largement le vagin avec une solution de sublimé, et on termine l'opération par un lavage de l'utérus, à l'aide du catéther de Bozeman, avec de l'eau phéniquée ou de la liqueur de Van Swieten dédoublée. Pour la dilatation elle-même, la malade doit être couchée dans la position latérale gauche de Sims, la lèvre antérieure du col saisie et légèrement abaissée avec une pince de Museux ou un ténaculum quelconque, puis on introduit des dilatateurs de plus en plus gros en commençant par les plus faibles.

En modifiant les bougies de Hégar, comme l'a fait M. Chéron (1), qui les a diminuées de longueur et a remplacé la poignée par un manche flexible en cuivre rouge ou en étain, on peut facilement pratiquer la dilatation en plaçant les malades dans la position ordinaire de l'examen au spéculum, beaucoup moins fatigante pour elles et plus commode pour le gynécologiste. Il y a souvent avantage à faire alterner, dans une même séance, l'emploi des dilatateurs métalliques à branches et des bougies graduées.

c) Parmi les dilatateurs métalliques à branches, je citerai le dilatateur à trois branches de Busch modifié par Huguier, le divulseur de Sims qui diffère du précédent en ce qu'il se manœuvre à l'aide d'une vis qui traverse les deux manches, le dilatateur à quatre branches de M. Leblond, le dilatateur de Aubry se manœuvrant comme celui de M. Laborde pour la trachéotomie, le dilatateur droit à crémaillère de Collin, etc.

Il faut avoir des dilatateurs droits et des dilatateurs à double courbure, les premiers suffisant pour la dilatation des sténoses de l'orifice externe, les seconds nécessaires si l'on veut dilater

(1) Voir le n° du mois d'août de la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes.*

non seulement le canal cervical, mais le corps même de l'utérus. Il faut aussi avoir une série graduée d'instruments de plus en plus puissants. Je crois qu'avec les trois types suivants, dont je vais dire quelques mots, on peut pousser aussi loin que l'on désire la dilatation de la matrice :

Le premier est le dilatateur de M. Pajot, instrument très commode et passant à peu près partout, car ses deux branches réunies, rentrant l'une dans l'autre, sont à peine plus larges que les hystéromètres. Les deux branches sont croisées et s'écartent à l'aide d'une vis qui traverse les extrémités des deux manches.

Le second est le dilatateur à ressort de M. Hamon modifié par M. Chéron. C'est un instrument déjà bien plus puissant, mais auquel il faut quelquefois faire la voie à l'aide du dilatateur précédent, ses branches ayant une épaisseur double de celui-ci. Le dilatateur de M. Hamon ayant déjà été décrit dans ce journal (n° de novembre 1885), je me contenterai de rappeler que M. Chéron l'a modifié : 1° en donnant à ses branches la double courbure (courbure utérine et courbure périnéale) qui permet de l'introduire aussi profondément que l'on veut sans retirer pour cela le spéculum ; 2° en plaçant dans l'un des manches une tige que l'on manœuvre avec une vis de rappel et qui sert à éloigner progressivement et sans secousses le ressort à boudin du point de croisement des branches. Plus on abaisse ce ressort, plus on augmente la force qui tend à écarter les deux branches.

Le dernier, imaginé par Schultze, est un dilatateur d'une grande force dont les branches munies de dents sont superposées et deux fois croisées de façon qu'on les écarte en rapprochant à pleine main les manches solides de l'instrument ; ces manches sont normalement écartés par un ressort et les branches sont disposées de manière à ce que la dilatation se fasse d'avant en arrière et non latéralement comme avec les instruments précédents ; il permet, en outre, d'obtenir une dilatation suffisante pour l'exploration digitale de la cavité utérine.

Quel que soit l'instrument dont on se sert, il est indispensable de faire précéder et de faire suivre la dilatation des désinfections e

des lavages dont j'ai parlé plus haut à propos de la méthode de Hégar.

Quant à la manière de pratiquer l'opération, elle varie naturellement avec chaque dilatateur ; disons seulement que, sauf les cas d'urgence, elle doit être conduite assez lentement pour ne pas déchirer la muqueuse utérine, ne pas donner de sang par conséquent, et ne pas déterminer de violentes douleurs. Cependant, on tend actuellement à ne pas redouter la dilatation forcée en une seule séance dans tous les cas pressants. Pour cela, on passe rapidement d'un dilatateur de petit diamètre à un dilatateur plus volumineux, jusqu'à ce qu'on ait obtenu le degré de dilatation nécessaire à l'exploration ou l'opération indiquée. M. Walton s'est fait le défenseur de cette méthode.

d) Il me resterait à parler de la dilatation à l'aide de la galvanocaustie chimique et de la méthode du Dr Vulliet (de Genève), mais cette dernière est connue de nos lecteurs (voir le n° de janvier 1886), et l'exposé des procédés employés dans la dilatation galvano-caustique m'entraînerait trop loin.

J'en ai dit assez pour montrer que si les indications de la dilatation sont nombreuses, les moyens qui permettent de l'obtenir sont non moins variés, et indiquer au moins les procédés le plus en faveur aujourd'hui.

J. B.

CLINIQUE DE L'HOPITAL BEAUJON

Service de M. le Dr Léon LABBÉ

L'HYSTÉRECTOMIE PAR LA VOIE VAGINALE ET L'AMPUTATION DU COL DE L'UTÉRUS AVEC OU SANS EVIDEMENT DANS LES CAS DE CANCER DE CET ORGANE.

Messieurs,

Il n'y a pas longtemps que l'ablation totale de l'utérus par la voie vaginale a été acceptée en France. Ce n'est guère que dans les cas de cancer du col de l'utérus qu'on a jusqu'ici, dans notre pays, pratiqué cette intéressante opération.

Je vais faire devant vous cette ablation totale, chez une malade que nous venons d'examiner ensemble et chez laquelle vous avez pu voir que l'épithélioma a détruit les deux tiers de la lèvre postérieure.

La lèvre antérieure, au contraire, est couverte de masses végétantes qui forment un champignon mollasse, saignant au moindre contact.

Les culs-de-sacs sont libres, l'utérus est mobile ; comme symptômes objectifs nous n'avons que des malaises généraux et des crises de douleur dans la région. La malade a considérablement maigri. Elle a perdu l'appétit, et la quantité de sanie purulente qui s'écoule par le vagin est très abondante et d'une odeur infecte.

Depuis quelques jours, nous avons fait désinfecter le vagin par des irrigations phéniquées pratiquées avec grand soin et pendant un long temps chaque jour.

Si jamais opération d'hystérectomie vaginale fut bien indiquée, c'est bien celle-ci.

Il n'y a aucune preuve matérielle que le cancer se soit propagé aux parties voisines de l'utérus. Tout nous autorise donc à compter sur un bon résultat, si nous parvenons à pratiquer, comme j'espère vous le démontrer dans quelques instants, une opération correcte et rapide.

Après avoir abaissé péniblement l'utérus de quelques centimètres seulement, parce que le col se fragmente sous la pression de la pince à griffe, je détache les insertions du vagin et je m'efforce de faire basculer le corps de l'utérus. Ici, je me bute contre une difficulté très grande. Les branches ascendantes des pubis forment un angle très aigu chez cette malade, aussi n'est-ce que difficilement que j'introduis la main, qui se trouve comprimée entre le pubis et les parties molles, très résistantes, dans le cas présent.

Je parviens enfin au but. Il s'agit maintenant de lier les ligaments larges, ce que nous exécutons facilement avec l'aide de M. Mariaud, qui nous apporte le concours de son adresse et de sa puissance musculaire pour faire de solides ligatures.

Je ne suis pas d'avis de laisser en place les pinces à forcipressure, comme l'ont conseillé, dans ces derniers temps, d'habiles chirurgiens. La ligature bien faite me suffit : jusqu'ici elle ne m'a pas trahi. J'espère m'en servir longtemps encore.

Après avoir fait la section des ligaments larges, nous enlevons cet utérus que je fais passer sous vos yeux et sur lequel vous pouvez voir que la lésion est bien limitée au col et à une partie de l'isthme et que, par conséquent, notre intervention est parfaitement justifiée et doit nous laisser les meilleures espérances, au point de vue de la récidive.

Nous laissons béante l'ouverture qui est au fond du vagin et nous bourrons ce dernier organe de gaze iodoformée.

Cinq jours plus tard, cette gaze ne laisse échapper de la vulve aucune odeur septique, rien que l'odeur de l'iodoforme.

La température de la malade ne s'est pas élevée au-dessus de 37°8 ; le nombre des pulsations n'a pas dépassé 84. Nous sommes dans les conditions les plus heureuses. D'ailleurs, la malade s'est levée dès le treizième jour.

L'examen du vagin laisse voir une ouverture d'un diamètre de deux centimètres et demi à trois centimètres, dont le bord de la section n'est pas encore cicatrisé et va, par conséquent, en permettre l'adhérence.

Ce n'est pas d'aujourd'hui seulement que dateront les bons résultats donnés par cette opération. Quelques chirurgiens ont signalé des guérisons radicales en pareille circonstance, persistant depuis plusieurs mois.

En terminant, permettez-moi, Messieurs, d'établir un parallèle entre l'amputation du col avec ou sans évidement sus-vaginal et l'hystérectomie vaginale, dans le cancer du col de l'utérus.

L'amputation du col avec ou sans évidement m'a donné quelques succès. Je pourrais vous en citer quelques-uns qui relèvent directement de ma pratique, mais le nombre des insuccès est considérable. En effet, on n'est jamais sûr d'avoir enlevé complètement tout le mal, même en faisant intervenir, à titre d'adjuvant le grattage, cette opération qu'on préconise hautement à l'étranger et qui est loin de donner les résultats qu'on en espérait. C'est

encore un moyen chirurgical qui, de même que toutes les opérations incomplètes pratiquées dans cette circonstance, ne représente qu'une cause d'irritation qui favorise le développement ultérieur de la maladie, à moins toutefois que des soins médicaux d'une nature toute spéciale, sur lesquels je n'ai pas à m'étendre ici, ne viennent empêcher cette cause d'irritation d'intervenir d'une manière fâcheuse.

L'hystérectomie par la voie vaginale est, au contraire, une opération complète qui ne laisse, dans le bassin, aucune portion malade, si l'intervention, la seule que nous comprenions d'ailleurs, est venue en temps utile, c'est-à-dire alors que l'affection est encore localisée dans l'utérus.

Il ne me reste plus qu'à comparer la question de gravité des deux opérations.

L'amputation du col avec ou sans évidement, complétée ou non par le grattage, est une opération accompagnée assez rarement d'une terminaison fatale. Cependant, cela a lieu, et nous regrettons de ne pouvoir mettre sous vos yeux une statistique démonstrative. Plus difficile encore serait d'établir une statistique comparative au point de vue du danger entre l'amputation avec ou sans évidement et l'hystérectomie par la voie vaginale.

Mais ce qui semble résulter du petit nombre d'hystérectomies faites jusqu'à ce jour, c'est la bénignité relative de cette opération et les bons résultats au point de vue de la récidive.

Je ne doute pas que l'avenir ne réserve à l'hystérectomie par la voie vaginale une place honorable dans la chirurgie gynécologique.

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE

(Service de M. J. Chéron)

Des usages thérapeutiques de la curette en gynécologie

Leçon recueillie par M. Jules Batuaud, interne de service.

Messieurs,

Nous avons vu, dans la dernière leçon, l'historique du curettage, ses indications au point de vue thérapeutique et ses contre-indications; je vous ai montré les principaux modèles de curettes aujourd'hui en usage ; il me reste donc à vous indiquer leur mode d'emploi; mais, comme nous n'avons en ce moment dans le service aucun cas de tumeurs fibreuses, ni aucun cas d'épithélioma justiciable du raclage, je laisserai de côté cette partie de la question.

Le raclage des végétations simples ou papillomes se pratique avec la curette tranchante de Simon,en ayant soin de proportionner le volume de la cuillère coupante avec le volume des tumeurs papillomateuses à détruire et d'employer des instruments à tige courte pour la vulve et l'entrée du vagin ; on a ainsi une curette qui est bien en main et que l'on peut manœuvrer avec toute la précision désirable. Pour les végétations du col, au contraire, il est indispensable d'avoir recours aux curettes utérines ordinaires, à tige suffisamment longue pour dépasser notablement la vulve et permettre d'opérer sous le contrôle de la vue.

Il n'est pas nécessaire, le plus souvent, et comme vous avez pu le voir souvent ici, de chloroformer les malades, à moins que vous ne jugiez que l'opération sera longue par suite du nombre et de la grosseur des masses papillaires.

Le point capital dans le raclage, c'est de tendre parfaitement les régions sur lesquelles on va opérer, aussi doit-on recommander à l'aide de placer les mains tout près de la végétation que l'on va racler et de les écarter en pressant fortement sur les

régions saines de manière que la peau ou la muqueuse ne suive pas les mouvements de va-et-vient que le chirurgien imprime à la curette en essayant de détacher la tumeur du tissu qui la supporte. Au niveau de la vulve et du périnée, il est facile d'obtenir ce résultat ; dans le vagin, on est obligé, pour y arriver, de varier les valves et les écarteurs suivant le siège de la végétation ; enfin, pour le col, il faut, après l'avoir embrassé exactement avec le spéculum, le maintenir et le fixer en place soit en comprimant le fond de l'utérus par la main appliquée au-dessus du pubis, sur la paroi abdominale, soit, plus simplement, en saisissant le col lui-même avec une pince de Museux ou un ténaculum.

Quand cette condition est bien remplie, l'opérateur n'éprouve aucune difficulté à enlever avec la curette les végétations les plus dures et les plus volumineuses. Pour cela, il saisit le manche à pleines mains, l'index sur la tige de la curette, et par des mouvements de raclage plus ou moins répétés suivant que le papillome est sessile ou pédiculé et offre plus ou moins de résistance à la cuillère tranchante, il sépare complètement la végétation de la partie de tégument ou de muqueuse sur laquelle elle s'est développée.

Le raclage terminé, il faut laver soigneusement la vulve et le vagin avec de l'eau phéniquée et appliquer un pansement antiseptique.

Si l'on voyait se produire une hémorrhagie, le raclage ayant mis à nu et laissé béante une artériole de quelque importance contenue dans le pédicule de la tumeur, il suffirait de placer une pince à forci-pressure et au besoin de pratiquer une ligature ; cet accident est, du reste, assez rare, la curette n'agissant pas par section nette, mais par déchirure, brisement et torsion combinés du pédicule.

On peut décrire simultanément le raclage de la cavité utérine dans l'endométrite hémorrhagique, le sarcome et le carcinome de la muqueuse du corps de la matrice et les polypes muqueux ainsi que dans l'endométrite leucorrhéique ou purulente ; le manuel opératoire est, en effet, le même dans tous ces cas et il n'y a

guère que le choix de la curette et les soins consécutifs qui varient de l'un à l'autre.

L'anesthésie est inutile à moins d'avoir affaire à une personne très impressionnable. En tout cas, il est préférable de ne pratiquer le curettage que chez la malade et non dans le cabinet du médecin, quoique cela puisse se faire et se soit fait sans accidents lorsque l'on emploie les curettes mousses à tige flexible.

En principe, il faut choisir la curette qui est la moins dangereuse, pourvu qu'elle soit suffisante, aussi devez-vous donner la préférence pour l'endométrite hémorrhagique (fongosités utérines de Récamier) et l'endométrite exfoliante (dysménorrhée membraneuse) à la curette mousse de Gaillard-Thomas ou à la curette de Sims. Pour le sarcome et le carcinome, l'indication dominante étant de pratiquer une opération radicale, c'est à la curette tranchante de Sims que vous aurez recours. Dans le catarrhe cervical, surtout s'il existe de l'endométrite interstitielle (inflammation du stroma conjonctif sous-muqueux), ce dernier instrument est nécessaire et même on est parfois obligé de prendre la cuillère tranchante de Simon.

La position de choix, à moins que vous ne vous serviez de curette très flexible comme celle de Thomas ou une curette d'exploration, est le décubitus latéral gauche (position de Sims). Le col est mis à nu à l'aide de la valve postérieure de Sims, l'aide relevant fortement la portion périnéale du plancher pelvien, l'utérus est fixé par l'application, sur la lèvre antérieure de préférence, d'une pince de Museux ou d'un ténaculum.

Suivant qu'on emploie une curette plus ou moins grosse, il est nécessaire ou inutile de pratiquer la dilatation préalable du canal cervical. Cette dilatation aura été faite progressivement dans les jours qui précèdent l'opération ou se fera extemporanément, suivant l'urgence de l'intervention, en utilisant les dilatateurs métalliques et la filière de bougies en caoutchouc durci, dont je crois préférable, ainsi que je vous l'ai souvent démontré, d'associer l'action lorsque l'on veut gagner du temps.

Si l'on emploie des curettes à tiges flexibles, comme celles de Gaillard-Thomas et de Sims ou la mienne, on leur donne la cour-

bure que le cathéthérisme avec un hystéromètre simple a démontré être la plus favorable.

La curette est alors introduite sans violence dans la cavité utérine ; elle doit toujours agir du fond vers l'orifice externe ; on la promène successivement sur les faces antérieure et postérieure et sur les bords latéraux, ne s'arrêtant que lorsqu'on arrive sur un tissu dur que la curette ne peut pas entamer et qui crie sous la pression. Dans l'endométrite hémorrhagique, la première partie de l'opération amène une assez grande quantité de sang, mais à mesure qu'on détruit les fongosités et qu'on se rapproche du tissu sain, l'importance de l'hémorrhagie diminue, si bien qu'on peut fixer comme règle que l'opération n'est pas terminée tant que la curette ramène du sang à l'extérieur. Le seul danger serait donc de faire une intervention incomplète. Les perforations ne peuvent survenir que si l'on emploie une violence injustifiable ou si l'on se sert d'instruments trop défectueux.

Dans l'endométrite cervicale, le curettage n'est utile que si, à l'exemple de Gaillard-Thomas, on l'applique assez fortement pour enlever l'arbre-de-vie et toutes les glandes hypertrophiées de l'orifice interne à l'orifice externe et même, à mon avis, pour détruire toute la surface de l'ectropion, s'il en existe.

Lorsque le raclage est terminé, vous devez pratiquer un lavage antiseptique avec de l'eau phéniquée au 1/100 dans la cavité utérine, à l'aide du cathéther de Bozeman et Fritsch, et laver aussi largement le vagin.

Ces lavages simples, plus ou moins répétés, suffisent dans l'endométrite exfoliante. Vous devez y adjoindre les cautérisations intra-utérines de teinture d'iode dans l'endométrite hémorrhagique, d'acide phénique liquide, ou de perchlorure de fer dans le catarrhe cervical, enfin d'acide nitrique fumant ou les cautérisations au fer rouge dans le sarcome et le carcinome.

Je ne puis terminer cette leçon, Messieurs, sans vous recommander de ne pas oublier, après chaque curettage, les précautions suivantes :

Condamner votre malade au repos absolu au lit, pendant au moins vingt-quatre heures, sans autre alimentation que des bouil-

lons et du lait, administrer la potion calmante habituelle au bromure de potassium et à la teinture d'aconit, du sulfate de quinine, enfin lui placer en permanence un sachet de glace sur le ventre.

ETUDE SUR LE CHANCRE NON INFECTANT DE L'UTÉRUS

et ses rapports avec le chancre mou du vagin

Par le D[r] MOUGENC DE SAINT-AVIT, ancien interne à Saint-Lazare.

(*Suite et fin.*)

—

Complications. — Le chancre simple peut entraîner la production d'accidents divers, soit dans son voisinage immédiat, soit à distance.

La complication par excellence, c'est l'inoculation du chancre aux parties voisines. C'est d'abord le vagin qui est atteint, et, comme on peut s'y attendre, c'est dans le point le plus rapproché de l'ulcération primitive que se développe la lésion secondaire, comme l'a fait remarquer M. Rollet (art. *Chancre*, du Dict. Encycl. des Sc. méd.); si le chancre siège sur la lèvre postérieure, c'est dans le cul,de-sac postérieur du vagin qu'il s'inoculera. Mais ce n'est pas seulement le voisinage immédiat qui souffre de la présence du chancre. L'inoculation peut se faire plus loin, aux grandes et aux petites lèvres, à la fourchette, à l'anus. Et si, comme le pense M. Fournier, la plupart des chancres du vagin ne sont que des produits d'une inoculation partie du col, on peut dire que beaucoup de chancres dits extérieurs sont dans le même cas. La preuve en est fournie par ce fait que souvent les chancres extérieurs en sont à la première période, alors que le chancre utérin est déjà en pleine évolution. On verra d'ailleurs, dans la plupart de nos observations, que la guérison du chancre interne á précédé celle des chancres externes. Nous n'avons pu découvrir qu'un seul fait probant dans lequel le chancre extérieur a précédé l'ul-

cération du col. On est donc autorisé à dire, conformément à l'opinion soutenue par M. le professeur Fournier et par M. Marti neau, que le chancre vulvo-vaginal est toujours secondaire à un accident analogue siégeant sur le col.

Nous avons déjà parlé de la complication locale la plus redoutable, le phagédénisme. Si, pour expliquer les inoculations, les raisons ne manquent pas, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de déterminer les causes de la tendance envahissante manifestée par certains chancres. On a incriminé le mauvais état général, la malpropreté ; mais le rôle de ces causes est hypothétique.

Les complications locales, nous l'avons dit, ne sont pas les seules qu'on puisse observer. A distance, les organes peuvent être affectés consécutivement. Il n'y a rien là de comparable à la généralisation d'une tumeur maligne ou à l'infection de tout l'organisme par le virus syphilitique. On est simplement en présence d'une propagation du mal par les voies lymphatiques.

Les ganglions sont les premiers organes atteints. M. Martineau a signalé l'adéno-lymphite péri-utérine : elle est assez connue pour nous dispenser d'insister. Mais, ce qui est moins connu, et surtout moins explicable, c'est la présence de bubons *inguinaux* accompagnant le chancre du col. Nous en rapportons ici quelques exemples. Deux peuvent prêter à la critique : il y avait des érosions vaginales ; pour l'une, l'érosion *paraît* siéger d'un côté et le bubon de l'autre ; nous disons paraît..., car, malheureusement, le texte de l'observation est un peu obscur. Mais ce reproche ne saurait s'adresser à tous les faits, et il en existe de biens nets, dans lesquels la lésion du col a été le point de départ d'une adénopathie inguinale suppurée.

Voici ces observations :

Chancre du col. — Bubon inguinal.

(Th. de Schwartz.)

S... (Louise), 26 ans. Lourcine, salle Saint-Clément, n° 45. Octobre 1871.

Ulcération manifestement chancreuse du col en voie de répa-

ration. Date du début inconnue. Aucun chancre ailleurs. Bubon inguinal gauche suppuré.

Chancre simple du col — Inoculation positive. — Bubon inguinal suppuré

(Th. de Schwartz, résumée.)

G.. (Pauline), 30 ans. Lourcine, salle Saint-Clément, n° 48. Octobre 1868.

Chancres du col. Un sur la lèvre antérieure, deux sur la lèvre postérieure, paraissant avoir débuté deux mois avant l'entrée. Pas de chancres ailleurs. Une érosion herpétique de la grande lèvre *gauche*. Bubon inguinal *droit* suppuré. Chancre complètement guéri au bout d'un mois.

Chancre du col en réparation. — Érosions de l'entrée du vagin. Bubon inguinal.

(Th. de Schwartz, résumée.)

M... (Antoinette), 18 ans. Chancre du col, lèvre postérieure. Érosions vaginales datant de quatre semaines. Bubon inguinal gauche suppuré.

Chancre simple du col ayant déterminé un bubon.

(Th. de Robert, résumée.)

E... (Rosalie), 27 ans. Deux chancres du col, un sur la lèvre antérieure, un sur la postérieure. Pas de chancres ni d'érosion d'aucune espèce ailleurs. Bubon inguinal. Inoculation positive. Durée un mois.

Cette coïncidence d'un bubon inguinal avec un chancre du col utérin est bien faite pour attirer l'attention : on sait, en effet, que les lymphatiques utérins ne se rendent nullement au pli de l'aine (Sappey, t. II, t. IV). Faut-il croire à une erreur d'observation, ou tout au moins d'interprétation ? Dans un des faits, il existait une érosion de la vulve. Mais dans les autres, on ne peut invoquer une pareille complication. Il reste donc bien acquis, sans qu'on puisse en donner une explication satisfaisante, qu'un bubon inguinal peut être la conséquence d'un chancre du col.

Nous en aurons fini avec les complications du chancre utérin, quand nous aurons signalé la pelvi-péritonite. L'observation suivante, due à M. Bernutz, est très instructive. Nous en donnons seulement le résumé, à cause de l'excessive longueur du texte original.

Chancre de la vulve. — Chancre diphthéritique à la période d'état placé sur le col utérin. — Pelvipéritonite.

(Th. de Schwartz, tirée de la *Clinique des maladies des femmes*, résumée.)

R... (Victorine), 17 ans, Lourcine, 1855. Chancres du col : un sur la lèvre antérieure, un sur la postérieure, avec pénétration dans l'orifice. Celui de la lèvre postérieure a l'aspect diphthéritique. Chancres dans le pli génito-crural gauche et sur les petites lèvres. Huit jours environ après le début des chancres, pelvipéritonite. Un mois après, l'examen au spéculum est devenu possible. Les chancres vulvaires sont guéris, le chancre utérin est en voie de guérison. Le traitement local a consisté en applications d'alun.



Le chancre utérin comporte-t-il, en somme, un pronostic grave ? Sans doute, l'observation de M. Bernutz est de nature à l'assombrir. Mais cette observation est isolée. Partout, on voit le chancre se réparer vite et facilement. Nous croyons devoir cependant signaler un danger qui nous paraît possible : nous voulons parler de l'atrésie du col qui peut résulter de la cicatrisation d'un chancre placé à son orifice. Signalons enfin, pour être complet, l'influence réciproque de la grossesse et du chancre. Nous ne possédons sur ce point que peu de données : toutefois, M. Bernutz a rapporté un cas dans lequel la marche de la grossesse n'a été en rien influencée par un chancre du col, qui lui-même a parfaitement guéri.

Un dernier point mérite d'être examiné. Nous voulons parler de la prolongation possible du chancre, interrompue dans son évolution régressive par une irritation quelconque. On possède

quelques faits de ce genre. Il suffit d'être prévenu de la possibilité d'un pareil accident pour en empêcher la reproduction.

Nous relatons ici plusieurs faits, empruntés pour la plupart à la thèse de Schwartz, comme exemples de la coïncidence des chancres du col avec les chancres extérieurs.

Deux chancres sur le col. — Chancres successifs du vagin et de la fourchette. — Bubon.
(Th. de Schwartz, résumée.)

B... (Adèle), 22 ans, couturière. Lourcine, 1871. Service de M. Fournier, salle Saint-Jean, n° 1.

Bubon inguinal. Deux chancres sur la partie latérale gauche du col. Ulcération du vagin, leur correspondant. Chancre de la fourchette. Chancre du périnée. Ceux du col en voie de réparation.

Chancre du col. — Chancres successifs de la fourchette et du cul-de-sac postérieur du vagin.
(Th. de Schwartz, résumée.)

V... (Rosita), 22 ans. Lourcine, 1869, salle Saint-Clément, 27. Chancre mou de l'orifice, avec envahissement de la lèvre inférieure. Trois chancres dans le cul-de-sac postérieur, un chancre dans le pli génito-crural gauche, un à l'entrée du vagin, plus tard, un chancre anal. Les chancres du col disparaissent les premiers. Leur durée a été d'environ deux mois. Traitement local au nitrate d'argent, traitement général tonique.

Chancres simples du col. — Chancres successifs de la fourchette et de la marge de l'anus.
(Thèse de Schwartz, résumée.)

P... (Juliette), 20 ans. Lourcine, juillet 1871. Trois chancres du col. Deux sur la lèvre antérieure, une sur la postérieure. Chancres de la fourchette et de la marge de l'anus, *très petits.* Durée totale, trois mois.

Folliculites et chancres vulvaires. — Chancre simple du col.
(Th. de Schwartz, résumée.)

G... (Ernestine), 20 ans. Lourcine, mai 1872. Chancre du col

entourant l'orifice. Sur les grandes lèvres, folliculite avec quelques ulcérations, qui deviennent plus nombreuses pendant le séjour de la malade à l'hôpital. Le chancre du col guérit le premier après une durée d'environ 1 mois.

Chancre simple du col. — Inoculation positive. — Chancre abortif de la vulve.

(Th. de Schwartz, résumée.)

C... (Jeannette), 22 ans. Lourcine, juin 1868. Ulcération chancreuse du col, sans indication exacte du siège. Ulcération de l'entrée du vagin. Inoculation positive. Le chancre du col en voie de réparation au bout d'un mois.

Deux chancres du col. — Chancre du cul-de-sac postérieur du vagin, de la vulve, de l'anus, et chancre folliculaire du périnée abortifs.

(Th. de Schwartz, résumée.)

B... (Clémence), 21 ans. Salle Saint-Clément, lit n° 44. Octobre 1868.

Folliculite chancreuse confluente de la vulve. Deux chancres mous, jaunâtres, sur la lèvre postérieure du col avec pénétration dans l'orifice. Douze jours après le début, trois chancres dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Le pus du col, inoculé, donne naissance à un chancre. Les chancres du col guérissent les premiers, après une durée de trois semaines. Pas de mention de traitement.

Deux chancres du col. — Inoculation positive. — Chancres de la fourchette. — Chancres extérieurs.

(Th. de Schwartz, résumée.)

L... (Henriette), 19 ans. Lourcine, 1869. Ulcération chancreuse de l'orifice. Chancre de la lèvre antérieure. Chancre anal ; petits chancres des lèvres. Le chancre du col disparait le premier, après une durée de trois semaines.

Chancres multiples du col. — Inoculation positive. — Chancres extérieurs.

(Th. de Schwartz, résumée.)

C... (Estelle), 34 ans. Chancre de la lèvre inférieure et de l'orifice. Chancre folliculaire de la grande lèvre. Les ulcérations du col guérissent les premières ; durée indéterminée.

Deux chancres du col. — Chancres abortifs de la vulve et du vagin.

(Th. de Schwartz, résumée.)

L... (Marie), 25 ans. Lourcine, octobre 1868. Quelques ulcérations vulvaires et anales ayant l'aspect et les caractères de chancres abortifs : *c'est la constatation de ces ulcérations qui engage M. Fournier à examiner le col.* Il y trouva deux chancres : un sur la lèvre postérieure, un sur lacommissure droite, avec inoculation sur la paroi correspondante du vagin.

Chancre du col.— Chancres extérieurs.

(Th. de Schwartz, résumée.)

R... (Marie), 22 ans. Lourcine, novembre 1872. Chancre du col. Chancres de la vulve et du vagin.

Chancres du col. — Chancres extérieurs.

(Th. de Schwartz, résumée.)

H... (Marie), 19 ans. Lourcine, octobre 1872. Très grand chancre du col, siégeant au sommet. Chancre anal. Folliculite des plis génito-cruraux et des grandes lèvres. Traitement par la solution de nitrate d'argent au 1/30. Le chancre du col guérit le premier, après une durée d'un mois environ.

Chancres simples du col et de la fourchette.

(Th. de Schwartz, résumée.)

P... (Julie), 24 ans. Lourcine, octobre 1871. Chancres folliculaires au pourtour de l'orifice. Folliculite des grandes lèvres. Chancres de la fourchette. Guérison de toutes les ulcérations en un mois environ.

Chancres du col en réparation avancée. — Chancres exterieurs.
(Th. de Schwartz, résumée.)

A... (Marie), 22 ans. Lourcine, octobre 1869. Chancres multiples du col en réparation très avancée. Chancre récent de la fourchette. Syphilis concomitante.

Chancres du col. — Chancres extérieurs.
(Th. de Schwartz, résumée.)

S... (Pauline), 20 ans. Lourcine 1871. Chancre mou de l'orifice. Chancre de la fourchette. Le chancre du col est guéri au bout de huit jours. La date du début n'a pu être établie avec certitude.

Chancres du col. — Chancres extérieurs.
(Th. de Schwartz, résumée.)

A... (Marie), 25 ans. Lourcine, août 1871. Chancres du col : un sur la lèvre antérieure, un sur la postérieure. Deux chancres au début sur la grande lèvre gauche. Pas d'indications relatives au traitement. Guérison en un mois et demi.

Chancres du col. — Chancres extérieurs.
(Th. de Schwartz, résumée.)

B... (Élisabeth), 25 ans. Lourcine, janvier 1872. Trois chancres du col : un sur la commissure droite, deux sur la lèvre antérieure. Chancre de petite dimension sur la grande lèvre gauche, pustule folliculaire au début à la fourchette. Les chancres du col guérissent en trois semaines.

Chancres du col. — Chancres extérieurs.
(Th. de Schwartz, résumée.)

F... (Marie), 18 ans. Lourcine, septembre 1870. Un rapport sexuel, quinze jours avant l'entrée. Apparition des chancres vulvaires neuf jours après le coït. L'examen au spéculum montre un chancre mou siégeant sur l'orifice. Quelques jours après, il se développe un chancre mou à l'entrée du vagin. Les chancres du col utérin sont en pleine réparation, alors que ceux de la vulve ne sont pas encore améliorés. Durée totale : deux mois environ.

Chancre du col. — Pas de chancre extérieur.

(Th. de Schwartz, résumée.)

D... (Emilie), 18 ans. Lourcine, août 1869.

Chancre simple siégeant sur le sommet du col et pénétrant dans l'orifice; dimension d'une pièce de deux francs. Guérison en deux mois. Pas de chancres ailleurs.

Chancres simples du col. — Pas de chancre extérieur.

(Th. de Schwartz, résumée.)

Chancre en croissant, occupant la lèvre postérieure et les extrémités de l'antérieure. Ulcérations cratériformes nombreuses sur cette dernière. Pas de chancres ailleurs. Pas de renseignements sur le traitement et la durée de l'affection.

Chancre simple du col.

(Th. de Grivot-Grandcourt.)

Chancre du col, sans indication de siège. Pas de traitement, guérison rapide. (Peut-être s'agit-il d'un chancre infectant ?)

OBSERVATION I.

(*Annales de dermatologie.* De Molènes.)

Pauline M.., blanchisseuse, 21 ans, entrée le 8 février, salle Saint-Alexis, lit n° 38 (Lourcine).

Bonne santé habituelle. Pas d'antécédents diathésiques, pas d'antécélents héréditaires.

Réglée à 14 ans et demi, régulièrement tous les mois pendant cinq ou six jours. Les règles sont abondantes et s'accompagnent de la perte de quelques caillots assez volumineux.

Il y a trois ans, le malade eut un premier enfant à terme et un second il y a quinze mois. Pas de suites de couches pathologiques, sauf leucorrhée peu abondante depuis le dernier accouchement. Il y a dix jours, apparition d'une ulcération à la vulve et de douleurs dans l'aine droite. L'examen des organes génitaux fait constater trois ulcérations à bords saillants, taillées à pic, à fond déprimé, cratériforme et recouvert de sérosité jaunâtre, si-

tuées deux sur le bord libre de la grande lèvre droite, le troisième dans le pli génito-crural gauche. Quelques follicules autour de ces ulcérations chancreuses. Le capuchon recouvre complètement le gland clitoridien et le cache facilement.

Petites lèvres œdématiées, volumineuses.

Col volumineux, dévié à gauche et en arrière, utérus en rétroversion droite, culs-de-sac libres, adéno-lymphite.

Sur la lèvre antérieure du col, M. Martineau fait constater aux élèves qui suivent ses conférences cliniques une sorte de production couenneuse d'un gris blanc jaunâtre recouvrant non pas une ulcération plus ou moins profonde, mais bien une saillie mamelonnée à bords rouges saillants, au-dessus des parties voisines, qui sont saines. Cette saillie est constituée par la confluence de sept à huit élevures secondaires séparées par un sillon plus ou moins profond donnant à l'ensemble de la masse, qui atteint le volume d'une pièce de deux francs, l'aspect du cerveau dépouillé de ses membranes, avec ses circonvolutions et les sillons qui les séparent. La production qui recouvre cette lésion ressemble très bien à une fausse membrane de diphthérie ; elle est très adhérente, si on l'enlève. Le fond sur lequel elle repose laisse sourdre du sang mélangé à un peu de pus jaunâtre épais. Cette lésion du col est absolument indolente ; elle occupe la lèvre antérieure et gagne l'orifice du col où elle ne pénètre pas.

M. Martineau constate, en outre, sur la paroi antérieure du vagin, dans son segment fibrineux, l'existence de deux ulcérations du volume d'une lentille, séparées l'une de l'autre par une distance de 1 centimètre environ. Les bords de ces ulcérations sont saillants, taillés à pic ; le fond est jaunâtre, sanieux.

Pas de céphalée, ni d'alopécie. Rien sur le corps, rien à la bouche.

M. Martineau diagnostique des chancres non infectants de la vulve et du vagin, une folliculite chancreuse et un chancre diphthéroïde du col de l'utérus.

M. de Molènes pratique l'inoculation sur la cuisse de la malade avec du pus pris au-dessous de la fausse membrane.

16 février. Inoculation positive.

Le 19. Les chancres de la vulve, de la cuisse, du vagin sont en voie de guérison.

Le 28. Les chancres vulvaires et vaginaux ont disparu. Le chancre du col a diminué de moitié. L'aspect diphthéroïde n'existe plus que sur quelques points.

En résumé, il s'agit d'une malade ayant manifestement un chancre non infectant du col de l'utérus. Ce chancre est volumineux et a un aspect diphthéroïde. M. de Molènes pense que les chancres mous constatés sur le vagin et la vulve ont dû survenir à la suite du chancre du col, ce dernier étant excessivement développé.

Observation II.

(Recueillie dans le service de M. Martineau par M. de Molènes, interne.)

Mathilde A..., 26 ans, mécanicienne, entre le 14 décembre 1870 dans le service de M. Martineau, salle Saint-Louis, n° 34, pour des boutons apparus depuis quatre ou cinq jours aux parties génitales.

Pas d'antécédents héréditaires, ni diathésiques.

Deux enfants à terme il y a sept ans.

Leucorrhée habituelle.

Etat local. — Sur les grandes lèvres, nombreuses ulcérations folliculaires cratériformes, à bords saillants, taillés à pic, à fond jaunâtre, déprimé, purulent. La plupart sont surmontées d'un poil.

A la commissure des petites lèvres, ulcération inégale, anfractueuse, dure, douloureuse, à bords taillés à pic, décollés, à fond jaunâtre, purulent ; autre ulcération semblable à la partie antérieure de l'anus.

Ganglions inguinaux droits tuméfiés. Pas de rougeur, pas de fluctuation.

Au spéculum, col volumineux ; l'orifice regarde en arrière. Il existe sur la lèvre antérieure d'une part et au niveau de l'orifice cervico-utérin, sur la lèvre postérieure d'autre part et également

accolées à l'orifice du col, deux saillies mamelonnées, à contour inégal, saillant, recouvertes d'une fausse membrane grisâtre, ou mieux blanchâtre, diphthéroïde, constituées par la confluence de plusieurs saillies séparées par des sillons plus ou moins accentués. La fausse membrane est très adhérente. Si on l'enlève, on constate que la saillie qui la supportait est exulcérée et contient du pus épais très sanguinolent.

Sur le vagin, ulcérations développées dans le segment postérieur : les unes saillantes, grises ; les autres, plates, à fond grisâtre, à bords saillants, saignants, occupant surtout le côté droit ; celles de gauche sont surtout saillantes, recouvertes d'une couche pseudo-membraneuse grisâtre ; elles sont analogues aux deux chancres du col, tandis que les ulcérations plates ressemblent davantage aux syphilides papulo-érosives du vagin. Le diagnostic porté par M. Martineau est le suivant : chancres non infectants de la vulve, du vagin, de l'anus et chancre diphthéroïde non infectant du col utériu.

Pas de traces de syphilis.

20 décembre. La folliculite tend à disparaître.

3 janvier. Toutes les ulcérations chancreuses sont en voie de réparation, sauf un chancre simple qui s'est développé sur la cuisse droite, et qui atteint le volume d'une pièce de 1 franc.

Le 21. Les chancres du col du vagin sont en voie de réparation complète ; amélioration des chancres de la cuisse et de la vulve.

Le 28. Il n'existe plus sur le col qu'un peu de rougeur à la place qu'occupait le col.

Le chancre de la cuisse s'affaisse.

Le 16 février. La malade sort guérie.

L'inoculation n'a pas été faite. Mais la malade a été pendant trois mois en observation et n'a présenté aucune trace de syphilis.

Observation III (personnelle).

La nommée Céline B..., 25 ans, entre à l'hôpital Beaujon, le 15 juillet 1884, salle Sainte-Monique, dans le service du Dr Gombaud.

Elle accuse un embarras gastrique fébrile peu intense.

Laissant de côté tous les symptômes observés chez notre malade qui sont étrangers à la question, nous nous bornerons à mentionner les faits suivants :

Sur la lèvre postérieure du col, on constate une ulcération chancreuse large comme une pièce de 1 franc, située un peu à droite : le fond est grisâtre, affaissé. Les bords sont saillants, inégaux, durs, saignant facilement. Ce chancre repose sur une base un peu indurée. Le fond est recouvert d'un liquide fusiforme, ichoreux. Ce liquide se distingue facilement de l'écoulement utérin qui offre tous les caractères du catarrhe.

Sur la muqueuse vaginale, on constate au niveau du cul-de-sac postérieur, quatre petites ulcérations à bords saillants, taillés à pic, à fond déprimé, cratériforme et recouvert d'une sérosité jaunâtre. Ce sont des ulcérations chancreuses, analogues à celle du col, mais beaucoup plus petites et moins développées que cette dernière.

Le lendemain, nous constatons six nouvelles petites ulcérations qui se sont développées, trois sur la paroi inférieure, deux sur la paroi latérale droite, et une sur la paroi antérieure du vagin.

Il s'agit donc bien d'inoculations secondaires, dues aux chancres constatés la veille.

Rien du côté du périnée et de la vulve. Folliculite chancreuse de ce côté.

L'inoculation faite à la cuisse droite de la femme nous montre le quatrième jour un chancre très net:

Le diagnostic est donc : chancres non infectants du col et du vagin.

Les chancres guérissent très rapidement.

D'après cette observation, on sait d'une façon très nette que le chancre du col a été développé le premier, et qu'il a donné lieu successivement aux deux premiers chancres du vagin, et ensuite aux six autres.

OBSERVATION IV (personnelle).

La nommée X..., 45 ans, entre à Saint-Lazare, le 30 novembre 1885, dans le service du Dr Chéron.

Bonne santé habituelle. Nous ne constatons aucune trace de syphilis.

La menstruation se fait d'une façon régulière.

Etat actuel. — Par le toucher on sent que le col est assez volumineux, un peu irrégulier, et légèrement douloureux à la pression.

Au spéculum, il est facile de voir une ulcération étendue, volumineuse, située autour de l'orifice du col, qu'elle environne presque complètement. Cette ulcération est grisâtre, légèrement saillante, à bords un peu décollés.

Au niveau du cul-de-sac postérieur, on trouve dans le vagin deux petites ulcérations analogues aux précédentes, mais beaucoup moins étendues. Ces petites ulcérations paraissent en être le développement ; elles sont situées un peu vers le côté droit.

Au-dessous de la fourchette et autour de l'anus, on constate une folliculite charnue peu étendue.

Le diagnostic porté par le Dr Chéron est le suivant :

Chancres non infectants du col de l'utérus et de la partie supérieure du vagin, follicule chancreux périvulvaire et périnéal.

L'inoculation pratiquée a été positive.

Les chancres non infectants ont été guéris très rapidement. En quelques jours, guérison complète, grâce à un traitement approprié.

En résumé, nous voyons dans cette observation que le chancre du col est beaucoup plus volumineux et plus étendu que les deux chancres du vagin, que ces derniers, plus petits, paraissent en voie de développement. Il semble donc que le chancre du col soit survenu le premier, et qu'il ait donné lieu, par suite d'inoculations successives, aux deux chancres du vagin situés près de lui.

OBSERVATION V. (Th. de Mohammed Salem, 1879.)

B... (Joséphine), 18 ans, entrée le 21 juillet 1868 à Lourcine, salle Saint-Clément, nº 31, dans le service de M. Fournier.

État actuel. — Deux ou trois ulcérations à fond jaunâtre de l'entrée du vagin ayant l'aspect de chancres simples. Chancres folliculaires de la grande lèvre droite.

A l'anus, série de chancres simples types.

Au spéculum. — Érosion excentrique sur le col à laquelle nous n'osons pas assigner de diagnostic.

Nous trouvons dans le vagin une douzaine, si ce n'est plus, de petites élevures légèrement saillantes et comme papuleuses, érodées, blanchâtres, qui sont des chancres simples du vagin. Ce qui nous frappe, c'est leur aspect. Au lieu d'être creux, ils sont élevés.

Diagnostic. — Chancres simples multiples.

Inoculation positive.

Les chancres se cicatrisent rapidement.

Il est probable qu'il s'agit, dans ce cas, d'un chancre du col de même nature que les chancres observés dans le vagin. Néanmoins, on peut voir combien dans certains cas le diagnostic est dificile.

OBSERVATION VI.

Chancre mou du col de l'utérus. — Observation présentée à la Société médicale des hôpitaux par M. Martineau (séance du 6 mars 1883).

Voici le compte rendu résumé de la présentation :

« M. Martineau a eu récemment l'occasion d'observer un chancre non infectant du col de l'utérus et présente à la Société le moulage qui en a été fait. Il s'agit d'une jeune femme de 18 ans, domestique, souffrant depuis une quinzaine de jours avant son entrée à Lourcine. Elle présentait un chancre simple étendu aux deux lèvres du col utérin et pénétrant dans la cavité cervicale ;

cette lésion offrait l'aspect d'une ulcération grisâtre, légèrement saillante, à bords un peu décollés. Un chancre semblable existait dans le vagin, à droite du col, et d'autres à la vulve et au périnée; tous avaient un aspect identique. Autour de l'anus existait une folliculite chancreuse assez étendue telle que l'a décrite M. Gouguenheim.

« M. Martineau ajoute qu'il a pratiqué assez souvent l'auto-inoculation, qui a été constamment positive. Cette ulcération, ainsi que l'a fait remarquer M. Gosselin, guérit le plus souvent spontanément et disparaît d'ordinaire d'une façon brusque au bout de quatre jours environ ; parfois elle persiste pendant huit ou dix jours. Il s'est produit chez la femme qui fait le sujet de cette observation une adénopathie retro-utérine assez considérable ; les ganglions situés en arrière du col sont devenus volumineux, douloureux, et leur inflammation un peu plus aiguë que dans les cas analogues ; on a pu croire un instant que l'on allait assister à l'évolution chancreuse de l'adénite. Les faits viennent encore à l'appui de la périadénite étudiée par M. Martineau au cours de la métrite. »

En résumé, chancre du col non infectant. Adénolymphite caractérisée.



Le chancre simple de l'utérus n'est pas toujours facile à diagnostiquer. Comme pour le chancre mou des autres régions, il faut souvent une grande attention pour le distinguer du chancre syphilitique. Dans les cas douteux, c'est dans l'évolution et surtout dans les résultats des inoculations qu'il faut chercher les moyens de les différencier. Nous ne rééditerons pas ici le diagnostic des deux chancres, exposé partout ; nous rappellerons seulement que le chancre infectant n'est pas toujours unique, que ses dimensions ne peuvent servir à le distinguer sûrement de l'autre.

Quand le chancre siège dans la cavité utérine, la rareté même du fait peut être une cause d'erreur. La douleur, l'écoulement leucorrhéique ou purulent n'offrent pas de caractères assez nets.

La première idée qui s'offre à l'esprit est celle d'une métrite intense. La présence d'un adénophlegmon concomitant pourra, dans certains cas, mettre sur la voie du diagnostic. Mais c'est surtout l'auto-inoculation, la reproduction du chancre dans les points du vagin contaminés par l'écoulement et surtout l'inoculation pratiquée par le médecin, qui éclairera l'observateur.

Nous ne nous appesantirons pas sur la confusion possible avec la blennorrhagie. Il y a écoulement purulent dans les deux cas, mais là s'arrête la ressemblance, et il suffira de pratiquer l'examen de la cavité vaginale pour éviter l'erreur.

Les ulcérations diverses du col n'offrent guère avec la chancrelle qu'une analogie d'aspect plus ou moins grossière. Les syphilides érosives et papulo-érosives ont une coloration cuivrée spéciale, et s'accompagnent d'autres accidents analogues dans divers points. Nous citerons également pour mémoire les faits d'ulcère rond du vagin, observés en Allemagne. Il s'agit, dans ces cas, soit d'un épithélioma ulcéré, soit d'une variété de nécrose produite par l'oblitération d'une artériole.

Les ulcérations herpétiques méritent une place à part. Petites, rondes, quelquefois assez profondes, elles peuvent donner assez facilement le change. On se fondera, pour établir la distinction, sur les résultats négatifs de l'inoculation, sur l'évolution spéciale et surtout sur la présence de vésicules d'herpès siégeant à la vulve. C'est là, d'ailleurs, un caractère commun aux ulcérations herpétiques, quel que soit leur siège ; elles peuvent ressembler à une foule de lésions, et c'est la présence de vésicules au voisinage qui permet de les reconnaître.



Nous n'avons pas l'intenfion de passer en revue tous les traitements qui peuvent être dirigés contre le chancre mou du col utérin. Tous les livres classiques les mentionnent, il n'y a rien de bien particulier à ce point de vue pour les chancres non infectants siégeant sur l'utérus. Mais nous voulons surtout insister sur ce fait que le chancre du col précède le plus souvent les chan-

cères qui se montrent sur la muqueuse du vagin ; c'est le pus du chancre du col qui, par son contact prolongé, incessant avec un même point de la muqueuse vaginale, corrode cette muqueuse, détruit son épithélium, et s'ouvre ainsi passage pour l'infection. Il est donc de toute nécessité de traiter le chancre du col dès le début, s'il est possible de le faire, afin d'éviter les inoculations successives à la paroi vaginale.

Les cautérisations portées sur l'ulcération du col doivent être faites avec beaucoup de ménagement ; nous savons, en effet, qu'il peut se produire de l'adénopathie et de la pelvipéritonite par le seul fait du chancre ; l'irritation produite par une cautérisation forte déterminerait presque infailliblement ces complications.

Les insufflations d'iodoforme portées sur le point malade nous paraissent bien préférables. L'iodoforme ne détermine pas l'inflammation des tissus voisins et détermine rapidement la réparation du chancre utérin. On pourrait encore toucher chaque jour l'ulcération avec un pinceau trempé dans une solution éthérée-iodoformée, et l'on place dans le vagin un tampon de ouate hydrophile pour en isoler les parois.

M. Dujardin-Beaumetz conseille de projeter au fond du vagin, avec un pulvérisateur, l'éthérolé d'iodoforme. Il recommande la formule suivante : éther, 100 gr.; iodoforme, 3 grammes.

Nous voyons que l'iodoforme forme la base de la thérapeutique du chancre mou du col.

En résumé :

1° Le chancre mou de l'utérus est une affection assez rare, mais qui se montre plus souvent qu'on ne l'indique généralement ;

2° Le chancre utérin peut siéger sur le col ou dans la cavité utérine. Il peut affecter trois formes : la forme folliculaire, la forme diphthéroïde, la forme ulcéreuse ;

3° L'inoculation est le seul moyen de diagnostiquer avec certitude le chancre intra-utérin ;

4° Le chancre simple de l'utérus peut s'accompagner de lymphangite, d'adéno-lymphite rétro-utérine, de pelvipéritonite. Il ne prend que très exceptionnellement la forme phagédénique ;

5° La coexistence du chancre utérin et du chancre vaginal est chose fréquente, et dans l'immense majorité des cas, c'est le chancre du col qui est le premier en date, le chancre vaginal n'étant que le résultat d'une auto-inoculation.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE.

Séance du 19 *octobre* 1886. — Présidence de M. Verneuil.

DE LA TORSION DU PÉDICULE DES KYSTES DE L'OVAIRE ; CONSÉQUENCES AU POINT DE VUE DU KYSTE LUI-MÊME ET DES RÉSULTATS OPÉRATOIRES.

M. Terrillon fait une communication sur ce sujet. Si la torsion du pédicule, dit-il, est modérée, elle passe inaperçue. Si elle est accentuée, on constate des accidents qu'il importe à l'ovariotomiste de bien connaître. Les veines seront aplaties, il se produira un véritable étranglement. Tous les vaisseaux sont alors oblitérés ; souvent même il y a rupture. Si la torsion est modérée, il y aura, du côté du kyste, des hémorrhagies, une augmentation de volume ; mais les complications les plus à redouter sont des adhérences étendues, généralisées, rendant l'opération très périlleuse, très difficile. M. Terrillon a observé quatre exemples de torsion complète sur environ cent ovariotomies.

De ces observations, l'auteur croit pouvoir déduire que tous les kystes ovariques à pédicule suffisamment long peuvent, s'ils sont libres d'adhérences, tourner sur eux-mêmes. Le pédicule s'étrangle. Lorsque ce phénomène se produit brusquement ou rapidement, il peut y avoir : Détachement du kyste, qui devient libre. — Inflammation vive du kyste et du péritoine. — Hémorrhagie plus ou moins étendue dans le kyste. — Rupture des parois du kyste. — Mortification rapide.

Les symptômes sont ordinairement aigus ou à développement rapide.

Lorsque la torsion est lente, il se produit un œdème des parois, une augmentation momentanée du kyste ; péritonite lente et mortification du kyste, à moins que les adhérences ne produisent une circulation collatérale.

Dans les cas aigus, l'intervention chirurgicale s'impose et donne d'excellents résultats.

Dans les cas chroniques, l'opération devient très utile ; car elle permet de détruire facilement des adhérences récentes, qui deviendraient indélébiles plus tard.

Même dans le cas de mortification ancienne, avec adhérences indestructibles, on peut encore espérer la guérison en ouvrant largement le kyste et en le faisant suppurer avec drainage.



HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.

M. Richelot, après avoir rappelé que cette opération tend à entrer de plus en plus dans la pratique, en donne les indications et le manuel opératoire.

L'hystérectomie vaginale est indiquée dans les cancers primitifs du corps de l'utérus ; dans ceux qui envahissent la muqueuse en totalité ou qui paraissent limités à la face interne du col, sans qu'on puisse prévoir, au moment d'opérer, si la muqueuse est malade par delà l'orifice interne ; dans ceux qui ont débuté par la face externe du col, mais qui déjà confinent au cul-de-sac vaginal postérieur, de telle façon qu'il est difficile d'inciser loin du mal sans intéresser le péritoine. Dans le cas où la tumeur peut être enlevée largement par une amputation partielle, faut-il préférer celle-ci à l'ablation totale ? Cette question n'est pas aussi bien tranchée qu'on a voulu le dire. Il vaut mieux faire, ici comme ailleurs, une amputation aussi large que possible ; en enlevant l'utérus en totalité, on détruit un bon nombre de vaisseaux lymphatiques émanés du col et rampant sur les bords de l'organe, vaisseaux qui sont respectés par une résection incomplète, cunéiforme, et peuvent être l'origine d'une repullulation.

Le cancer utérin n'est pas le seul motif d'intervenir par l'hystérectomie vaginale. Au contraire, les lésions qui ne récidivent pas doivent être considérées comme les indications les plus intéressantes de cette opération.

Elle peut être faite pour certaines rétroflexions utérines graves, pour des fibrômes peu volumineux à symptômes menaçants, pour des prolapsus rebelles. Et, comme il semble avéré aujourd'hui qu'il est moins grave, toutes choses égales d'ailleurs, d'enlever les tumeurs et organes pelviens par les voies naturelles que par l'incision abdominale, le chirurgien doit s'attacher à saisir, au moment où on peut leur donner passage, les lésions qui déjà menacent la vie et celles dont la marche progressive annonce pour plus tard ou des troubles irrémédiables, ou la nécessité d'une intervention plus dangereuse. Ainsi comprise et soutenue par un bon outillage, l'hystérectomie vaginale est une opération d'avenir.

Manuel opératoire. — Jusqu'ici, les dangers de l'hystérectomie ont tenu en majeure partie à la difficulté de placer des ligatures solides sur les ligaments larges. Or il existe un moyen d'atteindre ce double but : 1° assurer l'hémostase ; 2° abréger la durée de l'opération ; c'est l'emploi des pinces longues à pression continue étreignant les ligaments larges et laissées à demeure dans la cavité pelvienne pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Ce procédé simplifie l'acte opératoire, abrège la manœuvre intra-péritonéale et assure l'hémostase définitive ; il constitue un progrès sur tous les procédés connus.

Les parties inaccessibles aux ligatures sont accessibles aux pinces. L'opération se trouve donc facilitée, l'abaissement de l'utérus n'étant plus ainsi nécessaire. Quant au traitement de la plaie, suture et drainage, il se trouve supprimé. Les suites de l'opération après l'ablation des pinces sont des plus simples.

M. Duplouy (de Rochefort) cite une observation de M. Baudet, son compatriote, ayant pour titre : « Hystérectomie vaginale par le procédé Richelot ». Sans l'emploi du procédé de ce chirurgien, dit-il, il eût été impossible de mener à bien l'extirpation de l'utérus chez son malade. Cependant, il n'est pas aussi absolu que M. Richelot et formule ainsi ses conclusions : Dans les cas simples, il faut préférer la ligature ordinaire des ligaments larges ; dans les cas complexes, utiliser les pinces à demeure qui, alors, sont indispensables au succès. Mais il ne faut pas prolonger l'application de ces pinces pendant plus de 36

heures, sous peine d'avoir de petites eschares, et ce temps-là est suffisant pour assurer l'hémostase.

M. Péan (de Paris), à propos de cette discussion, réclame la priorité du pincement préventif des vaisseaux, méthode qu'il a créée, de même que l'honneur d'avoir inventé les pinces employées dans cette opération. En ce qui concerne la façon d'opérer, il est de l'avis de M. Duplouy ; il trouve M. Richelot trop absolu.

M. J. Bœckel (de Strasbourg) a fait dernièrement une hystérectomie vaginale pour un cas de prolapsus utérin rebelle ; il cite ce fait pour montrer que c'est là une indication de l'opération qui ne doit pas être oubliée.

M. Tédenat (de Montpellier) est d'avis qu'il faut faire quelques réserves sur la valeur de l'hystérectomie vaginale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 *octobre* 1886. — *Présidence de* M. Trélat.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE DILATATION DANS LES AFFECTIONS UTÉRINES.

M. Oharpentier lit un rapport sur le mémoire lu à l'Académie de médecine au mois d'avril dernier par M. le docteur Vuillet, professeur à la Faculté de médecine de Genève, intitulé : « D'un nouveau procédé de dilatation et de ses applications au diagnostic et au traitement des affections utérines. »

L'auteur de ce mémoire croit pouvoir attribuer à cette méthode les avantages suivants :

1° Elle rend possible une inspection directe, par la vue, de l'ensemble de la cavité utérine ;

2° Elle permet de maintenir la dilatation, quel qu'en soit le degré, aussi longtemps qu'il est utile de la prolonger ;

3° Comportant le séjour de substances antiseptiques dans la cavité utérine, cette méthode constitue un traitement très efficace des affections virulentes intra-utérines.

La commission a étudié par elle-même le procédé de M. Vuillet. Sept observations, prises avec un soin particulier, lui ont permis de juger impartialement ce procédé.

La manœuvre recommandée par M. Vuillet, dit M. le rappor-

teur, ne constitue pas une méthode, ce n'est qu'une modification particulière, un mode spécial de l'emploi de la dilatation appliquée au col de la cavité de l'utérus.

Si la dilatation du col gravide remonte aux temps les plus reculés, la dilatation du col de l'utérus non gravide ne date que d'une époque contemporaine.

Le but de M. le docteur Vuillet est de maintenir, pendant aussi longtemps que l'opérateur le jugera nécessaire, la dilatation du col de la cavité, c'est-à-dire pendant des semaines, des mois même au besoin.

Dilatation progressive du col de la cavité, maintien de cette dilatation pendant un temps indéterminé, limité seulement par la volonté de l'opérateur, tel est le procédé de M. Vuillet.

Comparant les résultats que ce procédé a donnés entre les mains de son inventeur et ceux qu'il a donnés entre les mains des membres de la commission et des autres opérateurs qui lui sont venus en aide, M. le rapporteur, dit le *Journal de médecine de Paris*, résume l'analyse de ces deux séries d'observations et en tire les conclusions suivantes :

Tout d'abord ce fait que ce procédé n'est pas toujours applicable même dans les conclusions indiquées par M. Vuillet ; que dans quelques cas on n'a pu obtenir la dilatation complète et on n'a pu, par conséquent, explorer *de visu* toute l'étendue de la cavité utérine.

Cette dilatation complète de l'utérus, on peut l'obtenir dans un bon nombre de cas. Dans deux de ses observations, le rapporteur a pu voir parfaitement le fond de l'utérus et parcourir de l'œil toute l'étendue de sa cavité.

Si l'on suit les progrès de cette dilatation, on voit le col se renverser un peu en dehors, se ramollir, s'effacer pour ainsi dire en s'étalant, puis le fond de la cavité se rapprocher de l'orifice externe. Or c'est la possibilité de maintenir ainsi la cavité dilatée qui constitue pour M. Vuillet le grand avantage de son procédé.

Il semblerait, dit M. le rapporteur, que le maintien ainsi prolongé pendant des semaines et des mois de cette dilatation utérine, dût être pour les malades une cause de souffrance ou tout au moins de gêne. Il n'en est rien. M. le rapporteur croit pouvoir expliquer cette tolérance de l'utérus en disant qu'il se passe

là quelque chose d'analogue à ce qui se produit quelquefois au moment du travail de l'accouchement. Fortement distendu, l'utérus finit par avoir sa tonicité vaincue.

Si le procédé de M. Vuillet, ajoute M. le rapporteur, n'est pas applicable à tous les cas, il a tout au moins pour lui son innocuité. D'un autre côté, toutes les malades chez lesquelles il a pu être employé en ont tiré un bénéfice incontestable. Chez quelques-unes même, il a produit une amélioration sérieuse de l'état général. Enfin il donne au chirurgien une facilité opératoire. Rien donc ne s'oppose à ce que de nouvelles expériences soient faites dans ce sens.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 *octobre* 1886. — *Présidence de* M. HORTELOUP.

IMPERFORATION DE L'HYMEN.

M. Terrier fait un rapport sur un cas d'imperforation de l'hymen et au sujet duquel M. Defontaine avait adressé une note à la Société.

Il s'agissait d'une jeune fille de quinze ans à laquelle il fit une ponction à travers l'hymen. Il retira un litre de sang. Il se proposait d'inciser l'hymen à la première poussée menstruelle ; douze jours après, il pratiqua cette opération. Il s'écoula un liquide chocolat mélangé de pus. Il prescrivit ensuite des injections de sublimé au millième. La jeune fille souffrit pendant deux mois. Il y avait un écoulement fétide, muco-purulent. Il faut voir là des phénomènes inflammatoires provoqués uniquement par le défaut de précautions antiseptiques lors de la première ponction.



KYSTES DE L'OVAIRE.

M. le Secrétaire général lit une note de M. Heurtaux (de Nantes) sur la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire.

Ce cas avait été observé sur une jeune femme atteinte d'un kyste de l'ovaire droit, dont le développement s'était accompagné de quelques poussées de péritonite.

L'ovariotomie fut pratiquée avec les précautions antiseptiques. La couleur brune de la poche et du liquide, la présence d'adhérences récentes et enfin la torsion du pédicule frappèrent l'opérateur. La malade guérit après quelques symptômes de péritonite. M. Heurtaux croit devoir établir une relation entre la torsion du pédicule et les phénomènes d'inflammation et d'adhérences. Il rappelle qu'il y a eu des cas où cette torsion entraîne des accidents de rupture, de gangrène et de péritonite foudroyante.

M. Heurtaux a communiqué, en outre, une observation de rupture de kyste ovarique, ayant continué de vivre grâce aux adhérences. La malade fut opérée et il survint une péritonite généralisée, cinquante heures après, qui emporta la malade.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 28 *mai* 1886. — *Présidence de* M. Cornil.

FIBRO-MYÔME UTÉRIN.

M. Varnier présente un fibro-myôme utérin gros comme la tête d'un adulte et qui provient de l'autopsie d'une femme de 38 ans, dont voici l'histoire en peu de mots. Elle avait eu précédemment deux avortements ; ses règles, qui s'accompagnaient toujours de douleurs, cessèrent en décembre dernier. Elle entra il y a trois mois dans le service de M. Duguet, pour une petite poussée de péritonite et l'on fit le diagnostic de fibrôme avec grossesse probable. En effet, cette femme avorta le 11 mai et mourut d'une péritonite purulente qui survint sans frissons et ne provoqva que peu de fièvre. On trouva la tumeur enclavée dans le bassin, où elle était retenue par des adhérences, s'opposant par là au développement de l'utérus. C'est là un exemple du danger qui peut résulter de la présence des myômes utérins dans le cas de grossesse.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE.

Séance du 11 *octobre* 1886.

M. Schwartz communique une observation relative au traitement en deux temps des polypes intra-utérins.

Il s'agissait d'une femme de 53 ans, morphiomane absolument épuisée par des métrorrhagies très abondantes. A l'examen, on trouva le col entr'ouvert, et l'on put constater facilement l'existence d'un polype intra-utérin, mais l'épuisement était tel que l'on dut repousser toute opération intra-utérine, exposant à des manœuvres prolongées. Dans ces conditions, M. Schwartz incisa le col au galvano-cautère et donna 0,50 centig. d'ergotine d'Yvon par jour en injections hypodermiques. Deux jours après, le polype apparut dans le vagin et on fit l'ablation, sans danger, par l'écraseur de Chassaignac. La guérison fut complète et facile.

Cette observation, très intéressante au point de vue pratique, montre l'utilité qu'il y a à ne point négliger les moyens médicaux dans le traitement des myômes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'YONNE.

(*Travaux pendant l'année* 1885.)

M. Roché montre à ses collègues une vaste *tumeur fibreuse rétro-utérine* ayant émigré dans la cavité utérine à travers les parois de l'organe. Il avait judicieusement employé le seigle ergoté et obtenu l'engagement de la tumeur dans la cavité du col avant de pratiquer la section. Notre distingué confrère en conclut que le seigle ergoté est un agent thérapeutique précieux pour favoriser « l'accouchement » du fibrôme, et qu'on doit recommander son emploi avant toute intervention opératoire.

REVUE DE LA PRESSE

—

PROCIDENCE A TRAVERS L'ANUS D'UNE ANSE DE CORDON OMBILICAL ANIMÉE DE PULSATIONS.

Le Dr Stroynowski rapporte, dans le *Centralblat für Gynækologie*, le curieux cas suivant : auprès d'une primipare, quatre heures et demie après la délivrance, il apprit de la bouche de la sage-femme que celle-ci avait été appelée auprès de la parturiente le matin même, qu'elle avait trouvé la tête du fœtus engagée et le col dilaté, qu'elle avait aussitôt

rompu la poche des eaux ; de fortes contractions utérines s'en étaient suivies. Au bout d'une heure, la sage-femme s'aperçut qu'un fragment de cordon ombilical, de 24 centimètres de longueur, animé de pulsations, faisait procidence hors de l'anus ; environ 35 à 40 minutes plus tard, le fœtus, en état d'asphyxie, était expulsé par la vulve, entraînant à sa suite le cordon. L'expulsion du placenta suivit à un quart d'heure d'intervalle. L'enfant fut bientôt ranimé.

L'examen de la femme fit constater l'existence d'une déchirure du périnée, partant de l'anus, de 1 centimètre de longueur. Hors de la vulve pendait un lambeau de tissu livide. Le doigt, introduit dans le vagin, rencontrait immédiatement au-dessus du périnée une déchirure béante; en même temps on apercevait à travers l'anus la pointe du doigt explorateur. La paroi du vagin présentait une teinte bleuâtre, surtout au-dessus de la déchirure.

L'auteur est d'avis que, pour rendre compte de cette singulière complication, on en est réduit aux deux hypothèses suivantes : ou bien la paroi recto-vaginale, par suite d'un défaut de résistance, s'est rompue sous l'effort des contractions utérines, ou bien, pour dégager la tête du fœtus et accélérer le travail, la sage-femme avait introduit le doigt dans l'anus et rompu ladite paroi, soupçon qui trouvait un appui dans la forme de la déchirure périnéale.

La guérison a été obtenue à la faveur de simples irrigations vaginales faites avec une solution phéniquée (2 1/2 0/0), et suivies de l'introduction de tampons de gaze trempés dans un glycérolé d'iodoforme (10 0/0).

MICROBES DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE ET DE LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE.

Tout ce qui est relatif à l'étiologie microbienne des malades doit être étudié avec soin, soit pour enregistrer des faits certains, soit pour discuter les faits qui peuvent laisser prise au doute. Ainsi, rapporte le *Conseiller médical*, dans la septicémie puerpérale on trouve des microbes qui existent à l'état normal dans le vagin, où ils n'ont rien de dangereux, ce qui tient à la présence de l'épithélium muqueux ; mais vienne une plaie utérine ou une déchirure du col, et ces microbes inoffensifs deviendraient tout à coup, par leur absorption, le point de départ d'accidents graves. Comme l'a dit Cornil, les microbes qu'on trouve dans les différentes formes de fièvre puerpérale mortelles sont de deux espèces :

1° Les microcoques sous formes de points, sous formes de couples et de chaînettes ;

2° Les bâtonnets ou grands filaments (bactéries septiques de Pasteur).

La culture isolée de ces microcoques a montré que le streptococcus pyogène, c'est-à-dire l'organisme en chaînettes, y était prédominant. On trouve aussi dans la péritonite puerpérale, le staphylococcus pyogène et les microbes capsulés de la pneumonie ou de la salive qui tuent les lapins (Babès). Ce sont là les microbes de la pyémie puerpérale.

Quant aux septicémies des nouvelles accouchées, elles sont dues aussi à plusieurs espèces de micro-organismes.

Ces micro-organismes viennent du vagin. Plusieurs espèces différentes de champignons et de bactéries s'y rencontrent à l'état de parasites habituels ou accidentels ; tels sont les leptothrix vaginalis et les microcoques. Il peut même y avoir, dans cette cavité muqueuse, des bactéries très nocives chez des personnes bien portantes et qui n'en éprouvent aucun mal.

Des bactéries qui sont inoffensives si la muqueuse est recouverte de couches épaisses de son épithélium, s'introduiront à la faveur de la plaie utérine ou de déchirures vaginales, et deviendront la cause des plus graves accidents. C'est ainsi que se produisent, à n'en pas douter, les pyémies et septicémies des nouvelles accouchées.

SYPHILIS ET GROSSESSE.

Une étude clinique très remarquable vient d'être faite sur cette intéressante question par le Dr Hirigoyen, de la Maternité de Bordeaux.

Il conclut de ses observations, au point de vue obstétrical que l'avortement ou l'accouchement ont lieu chez les syphilitiques comme chez les femmes saines ; que, dans certains cas exceptionnels, il peut survenir des difficultés, parfois sérieuses, du fait même de la syphilis (hémorrhagies dues à l'adhérence partielle du placenta, accidents de l'hydramnios, de la rigidité du col, etc.) et qu'enfin les femmes en puissance d'accidents primitifs ou secondaires, localisés à la sphère génitale, sont plus prédisposées aux accidents puerpéraux et que leur etat réclame une surveillance plus active et plus attentive encore que d'ordinaire.

Telles sont les constatations qui découlent de l'étude de ces faits, recueillis pendant deux années dans un hôpital et qui doivent vraisemblablement nous donner une idée à peu près complète de l'influence de la syphilis sur la femme grosse et sur le fœtus qu'elle porte.

1° Dans les services spéciaux d'accouchement de Bordeaux, la proportion des femmes syphilitiques est de 5 %.

2° Les cinq-sixièmes sont des filles-mères.

3° La syphilis influe sur la grossesse en la compliquant et en amenant, le plus souvent, sa terminaison prématurée.

4° L'âge de la syphilis a une influence très nette.

5° Sur huit grossesses chez des femmes syphilitiques, depuis une ou plusieurs années, il y a eu deux enfants vivants mais chétifs.

6° Sur douze femmes syphilitiques dans les quatre premiers mois de la grossesse les douze produits sont mort-nés.

7° La syphilis survenant du quatrième au sixième mois de la grossesse est encore très dangereuse pour le fœtus, la moitié au moins succombent.

8° La syphilis des trois derniers mois de la grossesse donne un peu plus de la moitié des enfants vivants, quatre sur sept ; elle est moins grave pour le fœtus que la syphilis maternelle antérieure à la grossesse.

9° Sur trente-trois grossesses de femmes syphilitiques, huit ont donné des enfants vivants ; les trois quarts des grossesses chez les syphilitiques (à l'hôpital) se terminent par la mort du fœtus.

10° La syphilis peut amener, dans certains cas relativement rares, des difficultés au point de vue du travail ou des complications dans les suites de couches.

11° Pour être efficace, le traitement antisyphilitique doit pouvoir être entrepris dès le début de la grossesse et continué pendant toute sa durée. Le traitement doit être poursuivi avec persistance pour agir avec fruit sur les grossesses subséquentes des femmes syphilitiques.

FIBRÔMES DE LA PAROI ABDOMINALE.

M. Damalix a fait, dans sa thèse inaugurale, une étude spéciale sur cette intéressante question :

Voici, d'après la *Gaz. méd. de Paris,* le compte rendu de cet intéressant travail.

Bien qu'on doive se reporter à moins de quarante années en arrière pour trouver, dans la littérature médicale, les premières observations de tumeurs fibreuses des parois abdominales, il n'est pas à présumer cependant que les anciens chirurgiens les aient laissé passer inaperçues. Le péritoine était pour eux un véritable objet de terreur ; la plus petite plaie située dans son voisinage étant considérée comme mortelle, ils abandonnaient facilement tout ce qui, de près ou de loin, avait des rapports avec la redoutable séreuse. Le pansement antiseptique devait naître pour faire évanouir d'aussi terribles craintes et démontrer que la susceptibilité de cette membrane ne la mettait pas hors des atteintes

de la chirurgie. L'ablation des tumeurs de la paroi abdominale devint le complément des opérations pratiquées sur l'appareil utéro-ovarien. Se basant sur des observations nombreuses, sur des interventions multipliées, sur des expérimentations habilement conduites, M. Damalix réunit aujourd'hui les opinions, rapproche et condense les faits pour en tirer des vues d'ensemble permettant de tracer l'étude complète de ces néoplasies.

Les tumeurs développées dans l'épaisseur des parois abdominales sont des fibrômes et, parfois, des fibro-sarcomes à consistance dure, à surface bosselée ou mamelonnée, mais le plus souvent lisse. Bien que les cas relatés par Sappey et Limange se rapportent à des hommes, elles se rencontrent généralement chez la femme, et peuvent occuper tous les points de la région ; leur siège de prédilection parait être cependant l'arcade crurale, ou, d'une façon plus précise, le voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

La marche graduellement progressive de ces néoplasmes, l'apparition de phénomènes de plus en plus douloureux, forcent le malade à demander les secours de la chirurgie. On aura recours à l'ablation complète, sans hésiter à ouvrir la cavité abdominale, dans le cas d'adhérence avec le péritoine. La guérison pourra survenir alors même qu'on se sera trouvé dans la nécessité de réséquer une portion de la séreuse. Il conviendra de faire porter aux opérés un appareil contentif pour éviter l'issue des viscères.

VARIÉTÉS

La Mortalité dans la première enfance,

Par M. le docteur Achenne.

Les Bulletins de statistique enregistrent régulièrement des chiffres de décès dans la première enfance, qui montrent que la cause de mortalité la plus active, à cet âge, est la diarrhée infantile, gastro-entérite ou athrepsie.

La courbe s'élève graduellement avec la température pour atteindre, en été, un chiffre trois à quatre fois supérieur à celui de la saison d'hiver. Dans la dernière semaine du mois d'août, le nombre des

décès a été de 205, à Paris, ce qui représente le cinquième environ du total des décès pour la population de la capitale.

La répartition des cas, d'après le mode d'élevage, montre que les enfants au biberon et autrement, sont frappés dans la proportion des deux tiers ; encore y a-t-il lieu de faire les réserves les plus formelles dans cette évaluation, car l'allaitement au sein est, le plus souvent, si incomplet qu'il mérite à peine d'être ainsi qualifié.

En définitive, c'est à une alimentation pernicieuse qu'est due cette mortalité effrayante et vraiment désastreuse. Les recherches récentes du docteur Victor Vaughan, professeur de physiologie à l'Université de Michigan, sont de nature à porter la lumière dans cette question si intéressante. Le savant professeur américain a découvert dans le lait une ptomaïne qu'il a nommé *Tyrotoxion*, qui, d'après lui, serait due au développement de micro-organismes dans la fermentation lactique. Le savant physiologiste a cherché à établir une relation entre la symptomatologie de l'empoisonnement par l'ingestion du *Tyrotoxion* et la symptomatologie du choléra infantile.

C'est le *Journal d'hygiène*, toujours si bien informé, qui nous fait connaître ces travaux, d'où il tire des conséquences des plus importantes pour le traitement de cette dernière affection : il est évident que la première indication sera de proscrire le lait, même très pur, à cause de la fermentation successive qu'il peut subir dans le tube gastro-intestinal, surtout dans la période des chaleurs, où ces fermentations sont les plus actives.

Mais par quoi remplacer le lait ? Nous savons combien la plupart des préparations alimentaires usitées sont défectueuses et quelle incertitude règne dans l'esprit des médecins, aussi bien que du public, pour le choix d'un aliment sain et suffisant. Aussi ne saurait-on prendre en assez grande considération certaines farines alimentaires que leur composition et les résultats qu'elles ont donné à des expérimentateurs judicieux et sincères, recommandent à tous les praticiens. La farine Morton, au gruau d'avoine, se place au premier rang de ces aliments de choix.

Les analyses qui en ont été faites, notamment sous la direction de M. le docteur E. Bouchut, et qui ont été publiées maintes fois, montrent, avec évidence, que les matériaux de nutrition s'y trouvent réunis dans les plus justes proportions.

Les essais réitérés qui en ont été faits à l'hôpital des Enfants et dans

la pratique civile, indiquent que la farine Morton est un aliment complet dont les effets cliniques sont en concordance parfaite avec les données de la physiologie et de l'analyse.

NOUVELLES

Les femmes-médecins en Prusse. — En vertu d'une décision prise par le ministre de l'instruction publique, les femmes ne pourront être admises ni comme étudiantes, ni comme auditrices dans aucune des Universités prussiennes.

Faculté allemande de médecine de Prague. — M. Bandl (de Vienne) est nommé professeur de gynécologie et d'accouchements à la dite Faculté, en remplacement de M. Breisky, appelé à Vienne.

BIBLIOTHÈQUE

L'ouvrage complet formera : 1° Un volume grand in-8° jésus, à deux colonnes, de 1900 pages avec 550 figures ; 2° Un Atlas de 48 planches tirées hors texte.

Il paraît une série tous les jeudis, depuis le 15 avril 1886. Prix de chaque série : 50 centimes.

On souscrit à l'ouvrage complet, qui sera envoyé *franco* chaque semaine, en adressant aux Editeurs un mandat postal de 24 francs. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 16, rue Hautefeuille, Paris.

— **Etude expérimentale sur l'asphyxie aiguë**, par le D[r] Simon Frédéricq. Extrait des Annales de la Société de Médecine de Gand, 1885.

— **Renseignements pratiques et notes thérapeutiques**, sur les eaux de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), par le D[r] P.-J. Mercier. — Paris, 1886. — Steinheil, libraire-éditeur.

— **De la syphilis cérébrale indirecte**, par le D[r] Fernand Lavergne. — Paris, 1886. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

— **De l'absinthine**, par Duquesnel. — Paris, 1886. — J.-B. Baillière, éditeur.

— **Sur l'administration continue de la thalline et son action dans le typhus abdominal**, par le Professeur Ehrlich, et le D[r] Laquer. — Paris. — A. Parent, imprimeur, 58, rue Madame.

— **De l'influence du séjour à l'hôpital sur la tuberculose**, par le D[r] Leudet. — Paris, 1886. — Masson, éditeur.

— **Nouveau procédé pour l'extirpation des végétations adénoïdes du pharynx nasal**, par le D[r] Lœwenberg. — Paris, 1886. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

— **Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique** de Paris, pour l'année 1886, publiés sous la direction de MM. Charpentier et Auvard. — Paris, 1886. — J.-B. Baillière, éditeur.

— **Saint-Honoré-les-Bains**, par le D[r] Henry Collin. — Paris, 1886. — Imprimerie Jouve, 23, rue Racine.

— **Etude sur les eaux de Luchon**, par le D[r] F. Lavergne. — Paris.— Imprimerie Levé, 17, rue Cassette.

— **Traitement de la phthisie par l'hygiène et le climat**, conférences faites au collège royal des médecins de Londres, par le D[r] H. Weber, recueillies et traduites par le D[r] Brachet. — Paris. — G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne.

— **Accidents consécutifs à la syphilis**, moyens d'y remédier, par le D[r] Goldenstein.— Paris, 1886. — J.-B. Baillière, éditeur.

— **De quelques notions récentes sur la syphilis et certains accidents vénériens**, par le D[r] Grellety. — Bordeaux, 1886.— Gounouilhou, Imprimerie, 11, rue Guerande.

— **Considérations sur les indications thérapeutiques**, par le D[r] H. Huchard. — Paris, 1886. — O. Douin, éditeur.

— **De l'angine granuleuse arthritique,** ses caractères et son traitement, par le Dr Boucomont. — Paris, 1886. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

— **Recherches anatomiques et physiologiques sur les opérations de strabisme,** par le Dr G. Kalt. — Paris, 1886. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

— **L'obstétrique et la gynécologie en 1885.** Revue des travaux français et étrangers publiée sous la direction du Dr Lutaud. — Paris, 1886. — J.-B. Baillière et fils.

— **Creuznach,** études médicales sur ses eaux chlorurées, iodo-bromurées par le Dr Deneffe. — Bruxelles, 1886. — A. Manceaux, libraire-éditeur.

— **Étude clinique de la fièvre et des antipyrétiques nouveaux dans les maladies des enfants,** par le Dr Montenuis. — Paris, 1886. — Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne.

— **Éléments de thérapeutique et de clinique dosimétriques,** par le Dr d'Oliveira Castro, traduits du portugais, par F. Gras, secrétaire. — Paris, 1886. — Institut de Médecine dosimétrique, 54, rue des Francs-Bourgeois.

— **Primeria serie de diez ovariotomios,** por el Dr Miguel A. Fargas.— Barcelone, 1886. — Typografia « La Acadenia » de E. Ullœstres, 6, Rouda de la Universidad.

— **Sul colera frammenti di Anotomia patologica,** del prof. Calcedonio Tropea. — Napoli, 1886. – Typ. di Raffaelle Avaleone e figlio.

— **Des appareils hydrothérapiques,** leur multiplication inutile; les mêmes résultats obtenus par la pomme d'arrosoir, par le Dr Lemarchand. — Paris, 1879. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Du même auteur :

— **Des inconvénients de l'application des douches** par des gens étrangers à la médecine et par suite de la nécessité de l'intervention directe du médecin. 1880. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

— **Hystéro-épilepsie** guérie par l'hydrothérapie et la métallothérapie — 1881. — A. Parent, imprimeur, 31, rue Monsieur-le-Prince.

— **Observation d'hystéro-épilepsie,** suivie de considérations pratiques sur les effets des douches courtes et à forte pression. — 1882. — A. Parent, imprimeur.

— **De la douche écossaise** dans la grossesse maladive. — 1884. — A. Parent, imprimeur.

— **De l'athrepsie.** — De l'insuffisance de son traitement dans les cas graves et des effets reconstituants de l'hydrothérapie méthodique à l'eau de mer. – 1885. — Levé, imprimeur, 17, rue Cassette.

— **Des effets de la douche écossaise** à l'eau de mer dans toutes les affections réclamant le concours de l'hydrothérapie maritime. — 1885. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

— **De la douche rationnelle** et de la douche irrationnelle et de leur influence sur l'hydrothérapie. — 1886. — Imprimerie Levé, 17, rue Cassette.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

238. — Dyspepsie gastralgique. — Dans le cours d'une maladie utérine, on voit fréquemment les affections digestives s'altérer. La dyspepsie prend souvent une forme névralgique contre laquelle on oppose avec succès l'élixir suivant proposé par M. Huchard :

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 50
Acide chlorhydrique pur.........	2 gr. 50
Eau distillée......................	50 gr.
Elixir de Garus..................	250 gr.

M. S. A.

Un verre à liqueur après chaque repas.



239. — La leucorrhée et son traitement. — Voici les conseils que donne M. Verrier, pour le traitement de cette affection, si tenace d'ordinaire.

Après quelques lotions émollientes, on se trouvera bien d'une infusion de deux à quatre grandes feuilles de tabac non travaillé, dans un demi-litre d'eau chaude, d'une décoction de lupulin, ou d'une solution de borate de soude (30 grammes pour 1/2 litre), de sublimé à 50 centigr. pour 500 grammes d'eau, ou encore, d'eau phéniquée à 1 gr. pour 500. Dans cet ordre d'idées, l'auteur recommande la solution suivante :

Acide phénique dissous............	0,50	centigr.
Acétate de morphine..............	0,50	—
Acide cyanhydrique dilué..........	3	gram.
Glycérine..........................	10	—
Eau................................	120	—

M. S A.

Après avoir lavé les parties et les avoir laissé sécher, on les saupoudrera avec de la fleur d'amidon.

Si, malgré ces précautions, le prurit persistait, on enduirait un

tampon d'ouate de la solution susdite ou de l'un des médicament recommandés plus haut et on interposerait cette ouate entre les lèvres de la vulve en garnissant celle-ci d'un bandage.



240. — Un nouveau caustique ; l'iodoforme et le nitrate d'argent. — Voici un nouveau caustique qui agit en même temps comme altérant et que le Dr Malthe a employé avec succès sur les ulcérations torpides et sur les fistules.

On commence par saupoudrer l'ulcère ou la fistule avec de l'iodoforme, puis on applique le nitrate d'argent sur toute la surface et on saupoudre de nouveau d'iodoforme toute la partie ulcérée. Il se produit une effervescence avec formation d'acide azoteux, d'iode, d'iodure d'argent et peut-être aussi d'acide azotique et d'autres combinaisons. Ces différents corps agissent sur les tissus à l'état naissant. Le grand avantage de cette pratique, c'est que la cautérisation est strictement limitée à la surface sur laquelle on applique le caustique. Les fistules et les ulcères cicatrisent sous une couche antiseptique d'iodoforme et d'iodure d'argent.

On a employé ce caustique dans le traitement de fistules consécutives à la résection de la hanche. Une fistule fécale consécutive à une gangrène herniaire a cicatrisé au bout de quelques jours après deux applications de caustique après que tous les autres moyens avaient échoué. Il serait probablement aussi très utile dans le cas de chancre ulcéré.



241. — Le menthol dans le traitement de l'urticaire et du prurit. — Ces deux affections compliquent et accompagnent assez fréquemment les maladies diverses de l'appareil utéro-ovarien.

Parmi les nombreux remèdes préconisés contre ces affections désagréables, nous n'en connaissons aucun qui donne un soulagement aussi complet et aussi instantané qu'une solution de menthol. Non seulement la démangeaison disparaît pour un temps, mais il semble qu'on peut obtenir la guérison. Dans le prurit de l'eczéma, en mouillant les parties atteintes avec une solution de menthol, on obtient une cessation immédiate de la douleur. La solution doit contenir de deux à dix grains de menthol pour une once d'eau (12 à 60 centigrammes dans 31 grammes d'eau).



242. — Opération césarienne ; simplification de la technique opératoire. — Le Dr Saenger a exposé, dans une des dernières séances de la Société allemande de gynécologie, la technique de l'opération césarienne telle qu'elle doit être pratiquée pour satisfaire aux exigences de l'antisepsie moderne. Voici cet exposé : Désinfection de l'abdomen, de la vulve et du vagin avec une solution de sublimé, désinfection des instruments avec une solution phéniquée. Les éponges peuvent être avantageusement remplacées par des tampons d'ouate, trempés dans une solution antiseptique (sublimé, acide phénique, eau de chlore), par des serviettes de gaze au sublimé; deux aides peuvent suffire. Incision sur la ligne blanche abdominale. L'application de pinces sur les vaisseaux qui jettent du sang est indispensable. Incision de l'utérus sur la ligne médiane de la face antérieure, évitant d'intéresser le segment inférieur. En cas de *placenta prævia cæsarea*, diviser rapidement le placenta ou le détacher sur les côtés. Dans trois cas de ce genre, l'auteur a pu arrêter l'hémorrhagie sans grande difficulté. Le dégagement du fœtus se fait le plus facilement et le plus rapidement par les pieds. Si la tête est enclavée, attendre un moment, puis agrandir l'incision, vers son extrémité supérieure.

Etaler ensuite une serviette (de gaze antiseptique) sur les circonvolutions intestinales; envelopper l'utérus dans une serviette pareille. Ligature élastique sur le segment inférieur, pour obtenir l'hémostase; à défaut d'un tube en caoutchouc, compression manuelle, ou torsion de l'utérus autour de son propre axe. Détacher le placenta avec les mains. S'assurer que le col est perméable. Désinfecter la cavité utérine (avec de l'iodoforme) ; y introduire une éponge ou des bandelettes de gaze, jusqu'à l'application des sutures profondes. Celles-ci doivent intéresser la séreuse et la tunique musculaire, mais non la membrane caduque : 8 ou 10 en nombre. Donner la préférence au fil d'argent, appliquer ensuite des sutures superficielles en fil de soie, n'intéressant que la séreuse : 16 à 30 en nombre. Laver l'utérus avec une solution de sublimé à 5 p. 1000 ; déposer de l'iodoforme le long de la ligne de suture ; réintroduire l'utérus dans la cavité abdominale lorsque toute trace d'hémorrhagie a disparu. Ne faire la toilette du péritoine qu'en cas d'indications spéciales. Pas de drainage. Fermer la plaie abdominale au moyen de sutures en fil de soie. Appliquer un léger

bandage agglutinatif, qui permette de surveiller l'utérus. Aussitôt après, vessie de glace sur le ventre ; injections d'ergotine.

Traitement consécutif aussi inactif que possible.



243. — Méthode opératoire pour l'ablation ou la résection partielle des corps fibreux intra-utérins. — Ce sont là des opérations que le perfectionnement des procédés antiseptiques rend tout à fait innocentes. Voici, d'après M. Segond, la manière habituelle de procéder dans ce genre d'opérations :

Après avoir, pour plus de facilité, incisé de chaque côté le col utérin, on saisit, avec de fortes pinces longues, d'une part la lèvre antérieure, et d'une autre part la lèvre postérieure, de manière à pouvoir, par une douce traction, abaisser l'utérus le plus possible. Les aides auxquels on confie ces pinces sont chargés de maintenir cet abaissement, d'immobiliser complètement l'organe et d'en présenter le col béant, en portant, l'un en haut sa lèvre antérieure, et l'autre en bas sa lèvre postérieure.

L'opérateur trouve un grand avantage à cette fixation de l'utérus. Il peut ainsi bien plus aisément chercher avec le doigt la base d'implantation de la tumeur, la contourner, y conduire la chaîne de l'écraseur ou l'anneau de fil de fer du serre-nœud de Maisonneuve, en vérifier la situation exacte et procéder tranquillement à la section.

Si le corps fibreux est nettement pédiculé, si sa base d'implantation n'est pas tellement haut placée, tellement perpendiculaire à l'axe que la chaîne de l'écraseur doive s'incliner presque à angle droit, c'est un excellent instrument. Dans le cas contraire, l'anse coupante du fil de fer du serre-nœud de Maisonneuve devient préférable ; en effet, la chaîne de l'écraseur se brise quand on la fléchit à angle droit.

En ce qui nous touche, nous avouons nos préférences pour l'anse de fil de fer, car dans une ablation de corps fibreux énorme que nous avons eu personnellement à faire, il nous a paru beaucoup plus facile d'en suivre la marche avec le doigt et de l'appliquer exactement à l'extrême limite du pédicule, sans que la surface de section fît saillie par rapport au reste de la surface interne.

Mais il faut avouer que l'écraseur est aujourd'hui bien plus à la mode.

Si les détails du procédé opératoire varient un peu, tout le monde

est d'accord sur ce point qu'une propreté absolue est d'une importance capitale et que l'antisepsie doit être commencée avant l'opération pour être reprise aussitôt après.

Elle se fait ici comme pour une plaie ordinaire, au moyen de solutions parasiticides, soit d'acide borique, soit d'acide phénique, soit de sublimé, etc. ; puis au moyen de gaze iodoformée, dont on bourre le vagin après l'opération.

Quand il s'agit en réalité d'un polype fibreux, c'est-à-dire d'un corps fibreux pédiculé faisant saillie dans la cavité intra-utérine et séparable d'avec son tissu, quelquefois même énucléable, tout va bien, car la guérison sera radicale une fois ce polype enlevé. Mais il se rencontre des cas dans lesquels on doit se contenter de réséquer seulement en partie un corps fibreux.

***

244. — Potion contre la dyspepsie. — Les formules proposées pour combattre cette affection sont aussi nombreuses que celle-ci est fréquente à la suite des troubles fonctionnels de l'appareil utéro-ovarien.

Voici une potion qui donne de bons résultats et qui s'administre à la dose de une ou deux cuillerées à soupe matin et soir :

Acide salicylique.	ââ 6 gr.
Borate de soude.	
Eau distillée.	120 gr.
Sirop simple	30 gr.

***

244. — Eau oxygénée contre la diphthérie. — On doit à M. Vogelsang l'idée d'utiliser les propriétés antiseptiques de l'eau oxygénée dans le traitement de la diphthérie, et il affirme avoir obtenu des résultats tout à fait remarquables, entre autres chez deux enfants qui avaient été atteints de la diphthérie au printemps. Chez le premier, un petit garçon, l'affection avait débuté par un violent frisson, par de la céphalalgie, des douleurs dans le cou ; dès le début aussi, les petits malades étaient dans un grand état de prostration. M. Vogelsang vit les malades au troisième jour seulement ; l'arrière-gorge était tapissée, dans toute son étendue, par d'épaisses fausses

membranes ; la muqueuse nasale était très tuméfiée, la respiration très difficile ; le pouls battait 100-120 ; la température marquait 39°6 à 40 degrés.

Le traitement consista en lotions vinaigrées sur tout le corps, en compresses glacées sur la tête et le cou, et, comme boisson, de l'eau additionnée de cognac, plus la potion suivante :

R. Solution de peroxyde d'hydrogène à 2 %	120 gr.
Glycérine	3 gr.

M. S. A. A prendre toutes les deux heures une cuillerée à thé.

***

246. — Mixture apéritive. — Voici une formule excellente à employer toutes les fois que l'inappétence a pour cause une atonie du tube digestif, et lorsque l'anorexie coïncide avec de la constipation et du tympanisme.

Vin de gentiane	300 gram.
Vin de rhubarbe	100 »
Alcoolature de racine d'aconit	4 »
Essence d'anis.	XX gouttes.

Une cuillerée à bouche de ce mélange à la fin du principal repas.

***

247. — La suggestion hypnotique dans le traitement de l'incontinence d'urine. — Le Dr Liébaut, qui a étudié cette intéressante question, a traité par suggestion hypnotique, 77 enfants de plus de trois ans et des adultes atteints d'incontinence d'urine. Sur ce nombre :

23 ont été guéris après plusieurs séances, et il a pu les suivre par suite et s'assurer du succès ;

10 ont été guéris par un traitement plus prolongé, mais il n'en a pas eu de nouvelles depuis ;

9 ont été améliorés ;

4 n'ont eu qu'une séance, mais n'ont pas été suivis ;

8 n'ont pas été guéris.

Donc, par ce procédé, 85 0/0 de guérisons ont été obtenues d'une façon certaine.

Ces incontinences sont survenues :
4 à la suite de frayeurs.
1 après une pneumonie.
1 après une angine.
1 après masturbation.
2 sans cause apparente.
68 avaient cette incontinence depuis leur enfance.
De plus, 3 personnes âgées ont été guéries par le même procédé.



248. — Lotions pour l'eczéma des parties génitales. — Affection assez fréquente chez la femme, et à laquelle on remédie par l'emploi de lotions et de fomentations d'après la formule suivante :

Chlorate de potasse.	1 gr. 50
Vin d'opium.	3 gr.
Eau simple.	250 gr.



249.— Hydrocèle chez les femmes. — Le Dr Samuel Osborn a publié, dans *The Lancet*, deux cas d'hydrocèle, l'un chez une femme de 30 ans, occupant le canal crural de même que la hernie ; l'autre chez une femme de 25 ans, et s'étendant dans le canal de Mink. Osborn fit dans les deux cas une simple ponction qui n'eut pas de résultat curatif. Les malades revinrent le trouver ; il les ponctionna de nouveau, fit une injection de teinture d'iode et malaxa les parties dans le but de déterminer une inflammation ultérieure, puis il appliqua une vessie contenant de la glace et contraignit les malades à rester au lit. La guérison fut le résultat de ce traitement. Le diagnostic de ces cas n'est pas aisé ; il y a une très grande difficulté pour examiner la tumeur à l'aide de la lumière transmise. Le stéthoscope ordinaire est le meilleur instrument pour cela, mais avec cette précaution, qui est très facile à prendre, de regarder à l'intérieur du tube et non directement à son extrémité opposée. L'absence d'impulsion sous l'influence de la toux et quelquefois la fluctuation sont des éléments précieux de diagnostic, mais le principal moyen est la transparence sous l'influence de la lumière transmise.



250. — Action physiologique et thérapeutique de l'hydrastine. — L'hydrastis canadensis a donné lieu à des travaux importants, mais qui manquent de précision parce que les préparations de cette substance contiennent deux principes actifs : la berbérine et l'hydrastine, dont il y avait lieu d'étudier isolément les propriétés physiologiques. C'est ce que M. Thomas J. Mays a fait pour l'hydrastine, et il en a noté l'action sur la circulation de l'homme. Il l'a vue abaisser le nombre des pulsations radiales, phénomène en rapport avec les recherches de Fellner, Bartholow Slavitenski et d'autres sur les modifications de la tension sanguine par l'action des préparations d'hydrastis canadensis : les fortes doses abaissant la pression sanguine, en produisant la dilatation vasculaire ; les faibles doses l'élevant par la contraction vasculaire.

Les propriétés de l'hydrastis canadensis expliquent ses usages pour combattre les hyperhémies des muqueuses, en provoquant le resserrement des capillaires, et pour diminuer la sensibilité locale dans les inflammations.

E. Jakson a proposé récemment son emploi comme mydriatique ; Rutherford lui attribue une action sur la sécrétion biliaire. M. Thomas Mays a employé le chlorhydrate d'hydrastine dans le catarrhe gastro-intestinal pour stimuler le foie ; il le préfère à la teinture et à l'extrait d'hydrastis canadensis.

M. Chéron a employé avec succès ce médicament dans le traitement des congestions internes, des ménorrhagies et des métrorrhagies.



251. — De la respiration artificielle dans l'asphyxie des nouveaux-nés. — Le docteur Rendu (de Lyon) a rapporté dans le *Lyon médical*, un cas d'enfant mort-né rappelé à la vie par la respiration artificielle quarante-cinq minutes après sa naissance. Ce fait est intéressant, en ce qu'il montre bien la persévérance que doit apporter le médecin dans les cas de ce genre.

A la suite d'un travail très long, un enfant fut extrait au moyen du forceps, mais sans aucune difficulté. Il était d'une pâleur cadavérique ; en état complet de mort apparente, sans respiration ni battement cardiaque : le bain chaud, les frictions, l'insufflation de bouche

à bouche n'amenèrent rien ; malgré l'insuccès de ces divers moyens, l'enfant, retiré du bain, est étendu sur une table et la respiration artificielle commencée à l'aide du tube de Depaul, la main gauche placée sur le sternum exécutant les mouvements d'expiration, pendant que la main droite tient l'instrument. Ce n'est que trois quarts d'heure après la naissance que tout à coup se produit, sous forme de hoquet, une inspiration spontanée assez forte, immédiatement suivie d'expiration. La respiration artificielle est continuée, mais plusieurs minutes se passent avant qu'il survienne un second hoquet, et plusieurs autres encore avant un troisième, puis le cœur commence à battre et le muscle cardiaque arrive même plus tôt à son fonctionnement régulier que les organes de la respiration. Ce n'est que deux heures après environ que les téguments commencent à se colorer, et ce n'est qu'après avoir passé plusieurs heures encore à débarrasser l'arrière-bouche des mucosités qui l'obstruent que M. Rendu voit l'enfant hors de danger. Depuis, son état de santé est très satisfaisant.

M. J. Rendu ajoute que si, en ce cas, il a été si persévérant dans ses efforts, c'est que la mort du fœtus ne pouvait s'expliquer ni par l'action du forceps, ni par l'étroitesse du bassin, l'enfant étant d'ailleurs très petit, et que, d'autre part, quelques moments avant l'accouchement, on entendait encore distinctement ses battements cardiaques. On serait, il est vrai, assez embarrassé pour expliquer pourquoi le cœur avait cessé de battre, et il faut admettre là une syncope véritable dont l'étiologie échappe.

Ce fait démontre tout d'abord l'utilité qu'il y a à ausculter de temps en temps le fœtus pendant le travail ; il prouve aussi que lorsqu'un enfant vient au monde avec toutes les apparences de la mort, s'il n'y a pas de causes pour expliquer celle-ci, il importe beaucoup de ne point désespérer de le rappeler à la vie ; il faut, au contraire, lutter sans découragement pendant 20, 30, 40 minutes et au-delà.



252. — La variole et son traitement par la saracenia. — Le Dr J. Perez Martin Caro, de Fuensalida (Espagne), a expérimenté ce médicament pendant une épidémie de variole assez grave, et voici les conclusions que l'auteur croit pouvoir tirer de ses observations :

1° Le saracenia paraît avoir eu dans certaines formes légères de va-

riole des effets abortifs ; dans tous les cas, il a diminué l'intensité et la durée de la maladie ;

2° Lorsqu'il n'agit pas de cette manière, il hâte toujours la fin de l'éruption, favorise la disparition des pustules, de telle sorte qu'elles ne laissent point de trace ;

3° Qu'en conséquence il diminue la suppuration, la fièvre et toutes les complications qu'elle peut avoir à sa suite ;

4° Que le saracenia, possédant un principe astringent encore indéterminé, est extrêmement utile dans la forme hémorrhagique.



253. — Emploi de l'iodoforme dans la méningite tuberculeuse. — Le Dr Wilson a publié, dans le *Prager med. Wochenschrift*, trois observations de méningite tuberculeuse.

Deux malades qui ne furent pas traités par l'iodoforme succombèrent ; tandis qu'un troisième chez lequel on employa une solution d'iodoforme à 10 0/0 guérit. La pommade à l'iodoforme au dixième fut appliquée directement sur les téguments du crâne rasé, on fit trois ou quatre frictions par jour. Au bout de vingt-quatre heures, les accidents convulsifs furent déjà moindres, puis ils dispararurent complètement.

Peu à peu, l'enfant devint plus vif; il ouvre les yeux, suit les mouvements de ses parents. Au bout de trente-huit heures, on cessa les applications et on lava la tête avec de l'eau de savon, de l'alcool et du vinaigre. Chez le malade en question, il y avait de la rougeur de la face, de l'injection conjonctivale, du larmoiement, des éternuements ; les lèvres étaient tuméfiées et il y avait une toux très pénible. Le malade était très agité ; lorsqu'il reprenait connaissance, il se plaignait de violentes douleurs au front et à la nuque. Après la disparition de ces symptômes, on donna du sirop d'iodure de fer. Depuis ce moment, tout marcha régulièrement et le malade fut bientôt complètement guéri. Le Dr Sanders a obtenu également de bons effets à l'aide de l'iodoforme dans un autre cas analogue. Le diagnostic méningite tuberculeuse avait été porté par les Drs Abelin et Warn ; il croit qu'il est toujours indiqué d'essayer l'iodoforme dans une maladie qui aboutit aussi souvent que la méningite tuberculeuse à une terminaison funeste.

* * *

254. — L'ortie employée comme hémostatique. — Le Dr Rothe, à la suite d'une publication de M. Meunier sur l'usage interne d'une décoction d'orties comme hémostatique, a procédé de la manière suivante pour contrôler cette assertion.

De jeunes plants d'orties, cueillis au printemps, ont été hachés en menus morceaux, qui ont été mis à digérer dans l'alcool à 60°, pendant une semaine. Le liquide obtenu après expression de la masse a été filtré. On en a imprégné des pièces à pansement (ouate dégraissée, ouate phéniquée, salicylée), qui ont été appliquées sur des plaies saignantes. L'hémorrhagie, quand elle n'était pas le fait de la lésion d'un gros vaisseau, était arrêtée très rapidement. Au contact de ce nouvel hémostatique, le sang se fige en un caillot mou, qui ne se fragmente pas, qui pénètre dans les orifices béants des petits vaisseaux, rompus, d'où arrêt de l'hémorrhagie.

La liqueur hémostatique, préparée par Rothe suivant les indications données ci-dessus, est d'un brun verdâtre foncé, d'une odeur et d'une saveur aromatique. Depuis assez longtemps déjà, l'auteur s'en sert avec succès pour combattre les épistaxis et les hémorrhagies consécutives à l'avulsion d'une dent, aux petites amputations, aux incisions pratiquées sur le col de l'utérus, etc. Dans les cas d'hémorrhagies utérines non puerpérales, une injection de 5 à 10 grammes de cette liqueur, faite après une irrigation d'eau phéniquée froide ou chaude, suffit pour arrêter le sang. Grâce à la forte proportion d'alcool qu'elle renferme, cette liqueur est douée, en outre, de propriétés antiseptiques.



255. — Traitement du prurit vulvaire. — Le prurit vulvaire peut se montrer dans des conditions très différentes.

On le retrouve à tous les âges, aussi bien avant la puberté et après la ménopause que pendant la vie génitale ; d'une manière générale, il reconnaît plus fréquemment chez l'enfant des causes locales et chez l'adulte des causes constitutionnelles et diathésiques.

Les symptômes du prurit vulvaire varient beaucoup quant à l'intensité et à leur modalité : dans les cas légers, le prurit est peu prononcé, tolérable, mais il peut devenir un véritable tourment par son

intensité et sa persistance : la malade éprouve un besoin irrésistible de se gratter, d'exercer sur les parties des frictions rudes et répétées pour calmer ces démangeaisons auxquelles elle ne peut se soustraire. Ce phénomène morbide, parfois si intense, si pénible, ne peut se prolonger longtemps sans que la santé générale en souffre ; aussi ne tarde-t-on pas à voir survenir l'insomnie, l'inappétence, la dyspepsie, l'hypochondrie et même des crises convulsives chez des femmes prédisposées ; souvent le prurit est associé à l'hyperesthésie vulvaire et au vaginisme. — Sa durée varie suivant la cause généralement passagère et à marche rapide dans les affections purement locales ; il se montre souvent rebelle lorsqu'il se rattache à une cause constitutionnelle, surtout à l'herpétisme ou à un simple état nerveux. Dans certains cas, le prurit constitue un phénomène morbide qui, par son acuité, son intensité, sa ténacité, n'est pas sans perturber profondément l'organisme de la femme, d'autant plus qu'il suscite des troubles nerveux assez graves, qu'il conduit les malades à des manœuvres solitaires difficiles à déraciner. — Aussi ne suffit-il pas de reconnaître le prurit vulvaire, de savoir l'importance que ce phénomène morbide acquiert dans la recherche de la nature de l'affection qui le produit ; il faut encore en diagnostiquer la cause ; ce diagnostic pathogénique est, en effet, la source d'indications thérapeutiques très variées.

Il est tout d'abord indispensable de traiter la maladie constitutionnelle dont la vulvite est la conséquence ; puis on traitera la lésion qui cause le prurit en même temps qu'on cherchera à atténuer ce prurit.

Dans les cas de lésion aiguë, nous avons déjà indiqué le traitement indiqué par M. Martineau, qui a fait une étude complète de la question.

Dans les cas chroniques, N. Gueneau de Mussy employait la pommade suivante, dont il prescrivait, matin et soir, une onction sur la vulve :

Glycérolé d'amidon..............	20 grammes.
Bromure de potassium............	ãã 1 gramme.
Sous-nitrate de bismuth...........	
Calomel..........................	40 centigr.
Extrait de belladone............	20 —

En même temps, on fait des lotions avec :

Infusion de mauve................	1 litre.
Eau de laurier-cerise..............	50 grammes.
Sous-borate de soude.......... ...	10 —

Delioux de Savignac, d'après le *Courrier médical*, fait suivre cette lotion de l'application de la poudre suivante :

Poudre de lycopode..............	30 grammes.
Sous-nitrate de bismuth..........	10 —
Racine de belladone.............	2 —

On peut encore faire des lotions avec :

Eau..........................	30 grammes.
Nitrate d'alumine.	35 centigr.

Ou bien, avec M. Besnier, recourir à la pommade suivante :

Onguent diachylum simple......	part. égales.
Huile d'olive...............	

Lusch, contre l'eczéma vulvaire, emploie les lotions suivantes:

Eau..........................	250 grammes.
Teinture d'opium..............	8 —
Bicarbonate de soude..........	8 —
— de potasse........	4 —
Glycérine neutre	6 —

Le Dr Tanski (de New-York) recommande le liquide suivant dont on enduit, au moyen d'un pinceau, huit à dix fois par jour, les surfaces atteintes de démangeaisons :

Eau de rose...................	20 grammes.
Huile d'amande douce........	12 —
Poudre de gomme arabique.. .	8 —
Baume du Pérou.............	4 —

Voici encore un topique indiqué par M. de Sinéty :

Huile d'amandes douces.....	20 grammes.
— de cade vraie..........	20 —
Chloroforme.................	3 —
Laudanum............... .. .	1 —

Le même auteur conseille une mixture contenant de l'extrait d'opium et de belladone, à la dose de 20 centigrammes, — des sol utions telles que :

Acide phénique.	1	gramme.
Acide thymique.	2	—
Alcool	10	—
Eau.	200	—

Ou bien :

Chlorhydrate de morphine. . . .	50	centigr.
Borate de soude.	10	grammes.
Eau chloroformisée (saturée). . . .	300	—

Enfin, la cocaïne pourra aussi être avantageusement employée dans le prurit vulvaire.

De bons résultats s'obtiennent encore en saupoudrant la vulve avec la poudre d'iodoforme ; mais toutes ces préparations ne s'adressent qu'à l'état local. Il faut instituer un traitement général en prescrivant les eaux sulfureuses sédatives et les eaux chargées d'acide carbonique, sous forme de douches locales.

Dans certains cas rebelles, M. Martineau propose les bains de sublimé, qui rendent de réels services contre le prurit herpétique. Voici la formule de ces bains ; on verse dans la baignoire la solution suivante :

Alcool.	10 gr.
Sublimé.	10 gr.
Eau	Q. S.

Dernièrement, on a tenté des opérations chirurgicales contre le prurit vulvaire. Dans un cas rapporté par M. Rohlein, cet auteur excisa un lambeau qui avait les dimensions d'une pièce de 5 francs environ ; les démangeaisons ont cessé et la guérison se maintient depuis plus de trois ans.



256. — Potion antidyspeptique. — On doit à Guibout la formule suivante, que l'auteur a conseillée pour stimuler l'appétit et l'action des organes digestifs. Il prescrit cette potion à la dose d'une cuillerée à soupe prise immédiatement avant chacun des repas :

Sulfate de strychnine	0 gr. 02
Sirop de menthe.	30 gr.
Eau distillée.	150 gr.



257. — Traitement des métrorrhagies. — Menière (d'Angers) conseille dans les cas d'hémorrhagies utérines l'emploi des pilules suivantes qu'il administre à la dose de trois à dix par jour, suivant l'importance de l'hémorrhagie

Suc de baies d'airelle myrtille évaporé en consistance d'extrait.	7,50
Alun.	2,50
Benjoin pulvérisé.	2,50

pour 50 pilules.

Pour éviter qu'elles ne fatiguent l'estomac, il faut en faire suivre l'emploi d'une tasse de décoction de *Carrageen* ou *Mousse perlée*, Ce décocté est très mucilagineux ; il contient en grande quantité une *gelée muqueuse* un peu astringente par elle-même, et qui, en isolant les principes styptiques de l'airelle et de l'alun, s'oppose à toute irritation locale de l'estomac, tout en en facilitant l'absorption.

FORMULAIRE

—

De la valeur thérapeutique du viburnum prunifolium dans les poussées congestives de la métrite chronique. (J. CHÉRON.)

Il y a quelques mois, je rappelai dans cette *Revue*, les bons résultats que j'avais obtenus des préparations de viburnum prunifolium, employées comme antiabortives. Depuis lors, je me suis demandé quel pouvait être le mode d'action de cette substance et étant donnés les résultats, il y a tout lieu de comparer le viburnum prunifolium au bromure de potassium qui est un modérateur remarquable du pouvoir excito-moteur de la moelle.

Il est bon de se rappeler que le bromure de potassium, à peine entré dans la thérapeutique, fut employé par Scanzoni, à la dose de 2 gr. par jour, pendant des mois, dans le traitement de la métrite chronique, avec un succès remarquable. Douleurs et poussées congestives cédèrent toujours à l'emploi de ce moyen dont j'ai fait usage avec succès depuis bien des années.

Le viburnum prunifolium possède des qualités identiques à celles du bromure de potassium. Comme cette dernière substance, il est susceptible d'enrayer l'avortement, mais il agit d'une façon plus rapide et plus sûre que lui.

Je me suis demandé si dans les cas de métrite chronique, où la poussée congestive se fait d'une façon remittente et amène parfois des ménorrhagies, ou des métrorrhagies, il n'y aurait pas lieu de faire usage du viburnum prunifolium. Ce rapprochement, cette vue de l'esprit m'ont conduit à une application qui m'a donné d'excellents résultats. Voici la manière dont j'ai fait usage de ce médicament :

Tantôt je donne tous les jours, avant les trois repas, 10 à 20 gouttes de teinture dans un peu d'eau sucrée ou non. Tantôt, chez les personnes qui accusent cette teinture d'avoir un goût nauséeux, je fais usage de la formule suivante :

Teinture de viburnum prunifolium......	40 gouttes.
Elixir de Garus....................	40 grammes.
Sirop simple......................	40 grammes.
Eau distillée......................	120 grammes.

Prendre cette dose en deux jours, un sixième avant chaque repas.

Cette substance mérite de prendre rang dans la thérapeutique à côté du bromure de potassium, en tant qu'on considère ce dernier comme très utile dans le traitement des poussées congestives de la métrite chronique.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. Appréciation erronée sur l'ignipuncture profonde du col de l'utérus.

II. Du diagnostic précoce du cancer de l'utérus.

III. La ponction de l'utérus dans l'hydramnios.

I. Dans un travail sur le traitement de la métrite parenchymateuse par l'acupuncture électrolytique (*Gazette de Gynécologie* 1er juin 1886), M. le Dr P. Ménière me fait l'honneur de citer le mémoire que j'ai publié ici même (n° de janvier 1886) sur l'ignipuncture profonde du col de l'utérus. Quelques lignes plus bas, il dit :

« L'ignipuncture thermique ou galvanique, quand elle doit être pratiquée dans les conditions précitées, exige l'emploi d'un anesthésique local tout au moins, et constitue une opération longue et douloureuse.

» Elle exige à sa suite un repos prolongé ; elle expose à des hémorrhagies, aux phlegmons et aux pelvi-péritonites; elle fatigue considérablement et pour longtemps et le bénéfice de l'opération n'est acquis qu'au bout de douze à quinze mois. »

Il fait ensuite valoir la supériorité de l'acupuncture électrolytique sur l'ignipuncture.

N'ayant jamais eu l'occasion de voir pratiquer l'opération préconisée par l'auteur, je me garderai bien d'établir un parallèle entre celle-ci et celle-là; mais je serais désolé si la lecture de mon mémoire était pour quelque chose dans l'appréciation du Dr Ménière sur l'ignipuncture. C'est uniquement dans cette crainte que je me permets d'ajouter quelques mots.

L'ignipuncture peut se pratiquer et se pratique souvent sans anesthésie générale ou locale ; il y a des malades qui la supportent sans se plaindre et la plupart disent qu'elles ont eu « plus de peur que de mal ». Si j'ai conseillé l'usage du chlorhydrate de cocaïne, c'est que ce médicament, employé en badigeonnage sur le col, n'offre aucun inconvénient et permet d'opérer plus rapidement.

L'opération est, il est vrai, assez longue (une demi-heure ordinairement quand on se sert de thermo-cautère, et un peu moins quand on emploie le galvano-cautère); mais le repos qu'elle exige à sa suite mérite-t-il bien l'épithète de prolongé, que lui donne M. Ménière, alors que 8 à 10 jours sont très suffisants dans la majorité des cas.

La crainte des hémorrhagies a fait poser quelques contre-indications en dehors desquelles on n'a pas à redouter cet accident.

L'ignipuncture profonde expose aux phlegmons et aux pelvi-péritonites, sans doute, comme toute intervention chirurgicale portant sur l'utérus, comme le simple cathétérisme de la cavité utérine; le danger est cependant minime, à la condition que l'opérateur ne soit ni brutal ni maladroit et que la malade ne fasse pas d'imprudences. Sur 320 ignipunctures profondes, M. Chéron a eu un seul cas de phlegmon et un seul cas de pelvi-péritonite, encore peuvent-ils être attribués à l'indocilité des malades qui s'étaient levées trop tôt, malgré les recommandations les plus formelles. Je crois enfin, d'après ce que j'ai vu, qu'il y a quelque exagération à dire, comme le fait M. Menière, que l'opération fatigue considérablement et pour longtemps les malades.

II. La *Semaine médicale* du 24 novembre 1886 publie une leçon très intéressante de M. le Dr Bouilly sur le diagnostic précoce du cancer de l'utérus. L'importance considérable du sujet abordé par l'auteur m'engage à en donner le résumé aux lecteurs de la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*.

Le diagnostic du cancer de l'utérus repose sur des signes *rationnels* et sur des *signes physiques*.

Les premiers ne peuvent que fixer l'attention du côté des organes génitaux et imposer la nécessité absolue d'un examen local. Ce sont des écoulements de sang et de liquides variés.

Les ménorrhagies et métrorrhagies n'ont dans le cancer aucun caractère pathognomonique ; elles sont, il est vrai, précoces chez les femmes jeunes encore : « c'est l'hémoptysie du début »; mais, en général, on n'y porte alors qu'une médiocre attention; chez les femmes âgées, au contraire, cet accident inquiète toujours les malades et les médecins; mais, en revanche, on constate souvent des lésions avancées, même après une seule hémorrhagie ou après plusieurs pertes peu abondantes.

La leucorrhée est un phénomène banal, auquel on attache rarement de l'importance; « elle est souvent masquée par un écoulement sanguin faible, mais presque continuel. L'apparition fréquente d'un liquide rougeâtre ou rosé est un signe de la plus haute importance. »

L'hydrorrhée est bien plutôt en rapport, d'après M. Bouilly, avec l'existence de certains fibrômes interstitiels ou sous-muqueux qu'avec le cancer.

La fétidité des écoulements manque souvent chez les femmes soigneuses, au début, lorsque le néoplasme n'est pas encore ulcéré, aussi son absence ne doit-elle pas faire écarter l'hypothèse d'une affection maligne. M. Bouilly observe actuellement « une femme âgée dont le cancer occupe le col et le corps de l'utérus, a envahi tout le petit bassin et les fosses iliaques et déterminé ces jours-ci des phénomènes d'urémie par compression des uretères, chez laquelle il n'y a jamais eu le moindre écoulement fétide. » En revanche, certains polypes utérins, certaines leucorrhées vaginales (en particulier celles qui sont dues au mauvais entretien des pes-

saires) ou utérines sont d'une fétidité excessive. Nous arrivons à la douleur à laquelle il est classique d'accorder une très grande valeur. « La douleur manque au début et peut manquer longtemps dans le cancer de l'utérus. Tant que la lésion reste limitée au col, alors même que souvent elle a envahi la muqueuse du corps, les malades ne souffrent pas. Bien plus, la douleur est beaucoup plus fréquente dans les affections simples, non néoplasiques de l'utérus, dans les uréthrites... Au contraire, la douleur apparaît dès que le tissu cellulaire péri-utérin est envahi et nous verrons plus loin combien cette donnée est féconde en contre-indications opératoires et combien elle impose de réserve au point de vue d'une intervention radicale. »

La cachexie ne se montre que très tardivement, alors que le diagnostic s'impose depuis longtemps.

M. Bouilly passe ensuite à l'examen local, qui seul peut fournir les éléments certains du diagnostic précoce et, laissant de côté le cancer du corps, il réduit les conditions de ce diagnostic hâtif aux trois conditions suivantes : « 1° une infiltration limitée ou diffuse du col sans ulcération ; 2° une ulcération d'une des portions du col accessible à la vue et au toucher ; 3° une infiltration ou une ulcération de la portion cervicale inaccessible directement aux moyens simples d'exploration. »

Dans le premier cas, il peut être très difficile de savoir si l'on n'a pas affaire à une métrite chronique scléreuse ou à un myome du col : l'examen histologique lèvera les doutes.

Dans le second cas, l'ulcération siège sur les lèvres du museau de tanche, et se reconnaît facilement (ulcération reposant sur un tissu *induré*, possédant des bords *indurés*, muqueuse vaginale taillée à l'emporte-pièce, tissus utérins fongueux et bourgeonnant, etc.), ou dans le canal cervical, et se reconnaît par le toucher, la vue après dilatation lente (l'auteur adopterait volontiers la méthode de dilatation de Vulliet), l'examen histologique après raclage.

Reste le 3° cas. « Ici le cancer ne peut être que soupçonné ; l'hémorrhagie répétée et abondante en dehors de toute lésion apparente du col appartient tout aussi bien au fibrôme qu'au cancer et le diagnostic ne saurait être fait par l'inspection directe.

La mensuration de la cavité utérine avec l'hystéromètre, la direction suivie par l'instrument dans son trajet intra-utérin, la dilatation lente du col par le procédé de Vulliet sont les moyens de diagnostic dont nous disposons en pareil cas. L'absence d'allongement de l'utérus, la conservation de la cavité utérine sans saillie ni déviation du canal, la présence d'une ulcération directement mise à nu par la dilatation, suffisent à établir le diagnostic entre le cancer et le fibrôme interstitiel ou sous-muqueux. Quelquefois il faudra faire le raclage pour faire un examen microscopique.

M. Bouilly n'accorde avec raison qu'une faible importance, au point de vue pratique, à la variété histologique du néoplasme, mais il discute avec soin les moyens d'en déterminer les limites. C'est au toucher qu'il demande les principaux renseignements. Si les culs-de-sacs sont mous, dépressibles, indolents, si l'utérus est parfaitement mobile, s'il n'existe pas de douleurs, de troubles du côté de la vessie et du rectum, le mal est limité à la matrice, mais si on sent une plaque dure, comme cartilagineuse à la partie supérieure du vagin, s'il existe des cordons plus ou moins cylindriques dans la muqueuse vaginale, si les culs-de-sac sont durs et résistants, l'utérus immobilisé (en dehors de toute inflammation péri-utérine antérieure), à plus forte raison si l'examen bi-manuel permet de reconnaître l'induration des ligaments larges, si on trouve des ganglions infiltrés le long des vaisseaux iliaques, etc., c'est que le cancer s'est déjà propagé en dehors de l'utérus.

III. Il me reste malheureusement peu de place pour rapporter, d'après la *Gazette des hôpitaux* (14 août 1886), le cas curieux d'hydramnios aigu que M. Tillaux a traité par la ponction.

Il s'agit d'une malade qui se disait enceinte de cinq mois environ (elle avait eu déjà quatre accouchements naturels et faciles) et dont le ventre était devenu tellement considérable qu'il y avait souvent menace d'asphyxie. On constata une tumeur remplie de liquide donnant tantôt la sensation d'un kyste uniloculaire, tantôt celle d'un kyste multiloculaire. M. Tillaux hésitait entre le diagnostic du kyste de l'ovaire existant avant l'imprégnation et

auquel la grossesse aurait donné pour ainsi dire, un coup de fouet et celui d'hydramnios aigu ; il penchait plutôt pour le premier à cause de sa fréquence cinquante fois plus grande environ. Une ponction était l'opération la plus simple et la plus efficace pour combattre l'asphyxie. Elle fut faite avec un trocart ordinaire et donna issue à un liquide légèrement jaunâtre, tellement limpide et nullement visqueux qu'il y avait lieu de penser au liquide de l'amnios. M. Tillaux mit alors la main sur la tumeur et, tout à coup, il sentit un mouvement actif du fœtus pendant que la tumeur s'arrondissait et se contractait comme l'utérus au début du travail. La malade accusait les mêmes douleurs qu'aux accouchements antérieurs.

Le chirurgien n'en continua pas moins à laisser couler le liquide, jusqu'à ce que sept litres environ aient été retirés de la tumeur, puis il enleva vivement le trocart, se contentant d'obturer l'orifice cutané avec du collodion. Contre les contractions utérines il ordonna une injection de morphine et un lavement laudanisé.

L'intervention a été très utile pour la mère ; on ne peut savoir encore si la grossesse pourra être menée jusqu'à terme, mais on est en droit de l'espérer, les mouvements du fœtus étant sentis par la malade plus fréquents et plus forts que jamais.

J. B.

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE

(Service du Dr CHÉRON).

—

De la médication intra-utérine.

(Leçon recueillie par M. Jules Batuaud, interne du service).

De même que l'emploi du spéculum, en permettant de découvrir les lésions variées dont la portion vaginale du col est souvent atteinte, a eu pour conséquence pratique la nécesité de porter directement remède aux ulcérations, à la congestion, etc., au moyen de divers topiques, de même l'hystérométrie, en facilitant

le diagnostic des processus morbides dont la muqueuse du canal cervical ou de la cavité utérine peut devenir le siège, a dû forcément être suivie d'essais divers de médication intra-utérine. Mais si l'hystérométrie, cette merveilleuse découverte des Huguier, des Simpson et des Kiwisch a rencontré et possède encore des détracteurs nombreux, si, malgré les renseignements précieux qu'elle apporte au clinicien, elle n'a pu passer dans la pratique courante, *à fortiori* la médication intra-utérine qui en découle, a-t-elle dû susciter les mêmes craintes et subir le même discrédit.

Cependant, plus on examine attentivement les malades et plus on voit que les lésions extérieures du col ont peu d'importance relativement à celles de la cavité utérine et du canal cervical ; les ulcérations elles-mêmes, auxquelles il semblait autrefois qu'on pût remédier efficacement par des applications topiques sur les lèvres du col, ne sont, en règle générale, comme je l'ai démontré, que des conséquences de l'endométrite. Il en résulte qu'on ne fait œuvre utile qu'en s'attaquant principalement et avant tout au travail pathologique qui se passe dans la profondeur de l'organe, en arrêtant, par des moyens appropriés, l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical ou du canal cervico-utérin, suivant qu'il y a endométrite cervicale ou endométrite cervico-utérine.

La médication intra-utérine voit donc logiquement ses indications se multiplier de jour en jour, aussi ai-je pensé, Messieurs, vous être utile en passant en revue devant vous, les procédés qui s'y rapportent, c'est-à-dire les injections, les badigeonnages, l'emploi de crayons médicamenteux, etc.

Nous allons nous occuper aujourd'hui des injections intra-utérines. Je laisserai systématiquement de côté les injections et irrigations antiseptiques et hémostatiques, qui rendent de si grands services aux accoucheurs dans le traitement prophylactique ou curatif des accidents qui peuvent survenir après les accouchements ou les avortements ; je vous renvoie aux traités d'obstétrique pour cette partie, d'un haut intérêt pratique, de la question que j'aborde devant vous.

Les injections intra-utérines sont destinées soit à rendre le milieu aseptique avant et après le raclage, par exemple, soit à cautériser et à modifier la muqueuse, comme dans l'endométrite purulente, soit enfin à mettre un terme à une hémorrhagie dont le point de départ est dans la cavité de la matrice, qu'il s'agisse de cancer, de fongosités simples (endométrite hyperplasique chronique de Carl Ruge) ou de corps fibreux. On sait en effet, depuis quelques années, que si les myomes sous-muqueux donnent lieu à des métrorrhagies, c'est qu'ils déterminent la formation, du côté de la muqueuse, de végétations très-vasculaires analogues en tous points à celles qui constituent l'endométrite fongueuse.

1° Les solutions antiseptiques les plus usitées sont les solutions phéniquées (de 1 à 4 %), la liqueur de Van Swieten simple ou étendue de son poids d'eau, l'eau boriquée, etc. L'acide picrique en solution saturée est également recommandable et j'ai toujours eu à me louer de l'emploi fréquent que j'en fais après toutes les manœuvres portant sur la cavité utérine ou le canal cervical.

2° On a conseillé, dans l'endométrite chronique, un grand nombre de liquides modificateurs : la teinture d'iode, le nitrate d'argent en solution au 1/4, l'acide nitrique fumant, l'acide chromique, le chlorate de potasse, le tannin, le salycilate de soude (2 à 5 % en solution aqueuse) comptent parmi les plus utiles à connaître. La teinture d'iode, l'acide nitrique, le salicylate de soude sont les liquides auxquels je donne la préférence, et ceux qui fournissent les meilleurs résultats sans déterminer de coliques utérines violentes, chez la majorité des malades, contrairement à ce qui a lieu lorsqu'on utilise le nitrate d'argent ou l'acide chromique. J'emploie la première dans les endométrites récentes, le second dans les cas invétérés et le troisième lorsque j'ai surtout pour but de tarir les écoulements.

3° Enfin, jusque dans ces dernières années, c'est le perchlorure de fer, soit sous forme de solution officinale à 30°, soit dissous dans de la glycérine, dans la proportion de 1/10, comme le recommande M. Liebman, qui a servi à pratiquer les injections intra-utérines hémostatiques. J'ajoute qu'on pourrait très bien, à la

manière des accoucheurs, utiliser les propriétés hémostatiques de l'eau très chaude (48° à 50° centigrades) dans les métrorrhagies non puerpérales et même avoir recours aux irrigations continues si le cas était urgent. On a récemment publié des observations très démonstratives à ce sujet.

Pour pratiquer les injections intra-utérines on s'est servi de divers appareils. Un des plus usités est la seringue de Braun, que je vous montre en ce moment.

Cette seringue se compose d'un tube cylindrique de verre dans lequel se meut un piston dont la tige, terminée par un anneau, porte une graduation permettant de mesurer la quantité de liquide injecté. A l'extrémité antérieure du cylindre de verre, une vis, montée dans du caoutchouc durci, sert à ajuster une canule longue et mince, également en caoutchouc, ayant la forme de la sonde utérine et munie, près de son extrémité, d'une petite ouverture latérale.

Cet appareil présente plusieurs inconvénients : il se détériore facilement quand on emploie le perchlorure de fer ; l'ouverture latérale de la sonde est facilement bouchée par les mucosités utérines, ce qui oblige à presser fortement sur le piston, et alors, la résistance cédant brusquement, on peut projeter une quantité trop grande de liquide modificateur.

M. Ambroise Guichard a, dans une très bonne thèse sur les injections utérines, préconisé, à l'exemple de quelques gynécologistes, l'outillage suivant : il emploie une seringue de Pravaz, d'une contenance de 4 grammes, à laquelle ou ajuste une sonde de caoutchouc de petit diamètre et ne dépassant jamais le n° 10 de la filière Charrière, ce qui assure une pénétration facile à travers l'orifice interne du col (dont le diamètre est normalement de 4 millimètres) et par suite le reflux du liquide injecté s'opère sans aucune difficulté.

La sonde souple suit en effet mieux que les instruments rigides les sinuosités du canal cervical et n'en blesse pas les parois sensibles et boursouflées. Laissez-moi vous dire cependant, Messieurs, qu'elle est loin d'être indispensable dans la majorité des

cas ; un praticien un peu exercé au cathétérisme n'a pas à redouter l'emploi des sondes rigides, sauf dans quelques cas de flexions extrêmes de la matrice.

On a recommandé l'usage d'une sonde rigide de 20 centimètres de long, ayant la courbure de l'hystéromètre de Huguier, percée à son extrémité qui porte un petit renflement dont le diamètre est de 2 millimètres et demi; le reste de la sonde a un calibre de 2 millimètres seulement. La seringue, faite comme la seringue de Pravaz, contient 5 centimètres cubes de solution ; la tige du piston est graduée en centimètres cubes. Vous voyez, Messieurs, qu'on a annexé à la seringue un ajutage conique sur lequel on peut fixer une sonde en gomme, si besoin est.

Je me sers habituellement d'une seringue à jets récurrents; les jets multiples et récurrents ne viennent pas frapper contre le fond de la matrice, ce qui, jusqu'à ces dernières années, était considéré comme un avantage sérieux.

Les instruments que je viens de passer en revue doivent être réservés désormais aux injections de liquides modificateurs ; mais, comme instruments de lavage, comme instruments destinés à débarrasser complètement la cavité utérine des sécrétions morbides qu'elle contient, comme instruments destinés à rendre aseptique le canal cervico-utérin avant une opération quelconque, ils sont tout à fait insuffisants.

Je vais pratiquer tout à l'heure devant vous plusieurs lavages intra-utérins dans des cas d'endométrite totale que je vous ai déjà présentés. Voici l'instrumentation nécessaire.

Accroché au mur, vous voyez un réservoir d'une contenance de 3 litres; ce tube de verre, avec son flotteur, indique le niveau de l'eau dans le réservoir ; un thermomètre placé dans le vase nous donne la température de l'eau : celle-ci doit être à 38° environ. L'eau qu'on emploie est tantôt de l'eau pure (Macan, de Dublin), tantôt de l'eau phéniquée ou de la liqueur de Van Swieten dédoublée ; si vous voulez n'avoir pas de douleurs utérines pendant le lavage, employez de préférence, comme je le fais depuis quelque temps, l'eau chargée d'acide picrique au 4/1000.

Du réservoir la solution antiseptique passe par ce long tube de caoutchouc muni d'un robinet, dans l'instrument que je vous présente. C'est le cathéter de Bozeman et Fritsch modifié par Schroeder. C'est une sonde à double courant dans laquelle le liquide sort par plusieurs ouvertures placées au sommet du cathéter, agit sur la muqueuse utérine, puis repasse dans le cathéter par deux ouvertures latérales allongées pour s'écouler ensuite dans le vagin par un dernier orifice situé au-dessous de l'orifice externe du col. Cet instrument serait parfait s'il n'était pas trop volumineux, dans certains cas, et si sa courbure utérine était moins prononcée. C'est pourquoi j'ai modifié la courbure et le diamètre du cathéter de Schroeder de la façon suivante.

(A suivre.)

DE LA DILATATION DU COL DE L'UTÉRUS

en dehors de l'état puerpéral,

Par le Dr Hamon (Henri).

Verneuil définit ainsi la dilatation en général, dans le Dictionnaire encyclopédique : « C'est un moyen essentiellement mécanique. Pour conserver son caractère fondamental, la dilatation ne doit amener ni inflammation forte, ni spasme prolongé, ni écoulement de sang notable, ni ulcération, ni perte de substance ; elle doit se contenter d'écarter doucement et sans trop de violence des parties anormalement rapprochées ou rétrécies. C'est alors un moyen anaplastique, non sanglant, presque toujours innocent, très souvent efficace et qui joue dans la cure des rétrécissements un rôle capital. Mais si elle ne remplit pas les conditions susdites, elle perd sa bénignité, peut être l'origine d'accidents graves, ou du moins cesse d'être un moyen purement mécanique ; elle devient succédanée de la cautérisation destructive et de la section lente ou ulcérative. »

La dilatation du canal cervical de l'utérus n'occupe pas encore



dans la pratique une place assez large, et à part un nombre relativement restreint de spécialistes, peu de praticiens ont recours à ce moyen de diagnostic et de traitement, nécessaire cependant dans un grand nombre de cas. Effrayés, et à bon droit, par la publication d'accidents souvent redoutables ou par des symptômes alarmants, survenus après quelques tentatives malheureuses, ou encore découragés par la lenteur des moyens vraiment inoffensifs employés jusqu'à ce jour, la plupart laissent de côté un moyen curateur capable cependant, dans bien des cas, de leur donner les meilleurs résultats, là où toutes les autres médications ont échoué.

L'explication de cet état de choses est d'ailleurs facile quand on considère les moyens employés jusqu'à présent pour obtenir la dilatation progressive du canal cervical. J'emploie à dessein l'expression de dilatation progressive, car il ne s'agit pas ici de la dilatation obtenue brusquement par les dilatateurs métalliques introduits dans le col les branches rapprochées, puis arrachés après qu'on les a écartées.

Nous nous arrêterons encore bien moins sur le procédé du Dr Walton, de Bruxelles, auquel nous laisserons la parole pour raconter lui-même une de ses opérations : « Après administration du chloroforme et dilatation brusque de la vulve au moyen de l'introduction nécessaire de deux spéculums de Cusco retirés ouverts (car il s'agit d'une vierge) le col est mis à nu par des écarteurs : « Je commençai, dit l'auteur, par introduire le dilatateur de Priestley à l'aide duquel je parvins graduellement à franchir l'orifice interne et à pénétrer dans la cavité. Ce premier dilatateur fut ouvert et immédiatement remplacé par celui de Pajot. Celui-ci ayant été retiré les deux branches maintenues écartées nous avions ainsi transformé l'orifice externe circulaire en un orifice oval transversal, et créé un véritable museau de tanche avec deux lèvres antérieure et postérieure, ce qui n'existait pas auparavant. La lèvre postérieure fut saisie à l'aide de la pince à griffes de Museux dans le but de maintenir le col fixé, de faciliter l'introduction de dilatateurs de plus gros calibres et d'empêcher ceux-ci de déraper en refoulant le col par l'écartement des branches.

Le col ainsi fixé, j'introduisis le dilatateur d'Ellinger qui, au bout de quelques minutes, fut retiré les branches maintenues écartées et remplacé par celui de Schultz à écartement transversal et modifié par moi ; le dilatateur fut retiré fermé parce que la surface externe de ses branches présentant des cannelures arrondies, s'imprimant dans le tissu utérin pour l'empêcher d'être chassé ne permet pas d'extraire l'instrument ouvert. Ce dilatateur fut enfin remplacé par le puissant dilatateur à trois branches de Sims qui produit une dilatation plus circulaire et que l'on peut estimer au volume d'un index.

Ici s'arrête la première partie de l'opération, c'est-à-dire la dilatation forcée...... »

Mais, sans parler de moyens aussi violents, examinons simplement les procédés habituellement employés pour la dilatation du canal cervical, et nous verrons que de leur insuffisance de précision et de rapidité résulte l'abandon de l'opération par les médecins. Ceci nous conduira à indiquer les avantages que présente le nouveau dilatateur que nous avons fait construire dans le but de rendre l'opération plus méthodique et plus inoffensive, tout en ne demandant qu'un nombre de séances relativement restreint, puis nous exposerons rapidement les nombreuses indications de ce genre d'intervention.

Les instruments de dilatation employés généralement pour le canal cervical peuvent se classer en deux catégories : 1° Ceux à volume constant et gradués suivant une filière comme les bougies du canal de l'urèthre ; et 2° ceux qui sont susceptibles de prendre une extension plus grande, soit suivant un ou plusieurs de leurs diamètres, soit sur toute leur circonférence. Les premiers sont sans contredit ceux qui présentent le plus de sécurité sous le rapport des complications inflammatoires de l'utérus ou des régions voisines. On emploie dans ce but soit de simples bougies de caoutchouc durci, comme le fait le Dr Chéron, se graduant par demi-millimètre et au nombre de 33, soit des pessaires à tige intra-utérine d'étain, d'argent, d'aluminium, d'ivoire ou même de deux métaux, cuivre et zinc, comme le recommande Simpson, pour ajouter à l'effet dilatateur une action galvanique excitante.

Ces tiges, comme les bougies, s'emploient par grosseurs progressives, suivant l'irritabilité de l'utérus et de la malade, ou suivant l'effet que l'on veut obtenir. On pratique la dilatation d'une manière lente, intermittente, en laissant tous les deux ou trois jours une sonde pendant une heure ou deux dans le col, ou d'une manière rapide, continue, en faisant succéder toutes les 5 ou 6 heures une tige à une autre, jusqu'à ce qu'on soit arrivé au plus fort numéro que la dilatabilité du col ou la susceptibilité de la malade permet d'atteindre. Mais si l'on emploie le premier procédé, il faut, de la part de la malade et du médecin, une patience peu commune ; il n'est pas rare qu'il faille passer des bougies pendant 8, 10, 12, 18 mois avant d'arriver à un degré de dilatation suffisant. Si l'on va plus vite, ce n'est plus à vraiment parler une dilatation lente que l'on fait, et l'on s'expose à produire un traumatisme.

Nous devons rapprocher de ce moyen, la méthode de dilatation du Dr Vulliet, de Genève, que tous les journaux de médecine ont reproduite dernièrement et qui consiste dans l'introduction et le maintien dans la cavité utérine de tampons d'ouate iodoformée d'un volume de plus en plus gros.

Dans la séance du 12 octobre dernier, M. le Dr Charpentier a lu un rapport sur ce procédé de dilatation et tire les conclusions suivantes : Le procédé n'est pas toujours applicable, même dans les conditions indiquées par M. Vulliet. Il arrive souvent que le col résiste à toute tentative faite dans ce sens par les tampons iodoformés. Il s'ensuit des douleurs intolérables, et une longueur de traitement désespérante (obs. de MM. Porak et Sabail) ou bien il se manifeste des symptômes nerveux inquiétants.

D'autres fois (obs. de MM. Charpentier, Horteloup, Labbé) la dilatation s'obtient facilement et l'on peut apercevoir le fond de l'utérus.

D'après ce qui précède, le procédé du Dr Vulliet sera donc restreint aux cas où un utérus peu sensible, très maniable, aura besoin d'être examiné à l'œil, directement, dans toute son étendue, pour recevoir ensuite une application de curage ou de grattage,

ou lorsqu'il s'agit de l'ablation d'un néoplasme implanté dans sa cavité.

Les dilatateurs à volumes variables sont ou bien des instruments métalliqués dont les valves s'écartent par la pression de la main de l'opérateur,ou bien des cônes ou cylindres de substances hygrométriques qui se gonflent au contact des humeurs des organes génitaux. Parmi les premiers nous avons ceux de Scanzoni, de Busch et Huguier à 3 branches, ceux de Pajot, Lamenant-Deschenais, de Collin, de Galante, etc., à deux valves. Mais comme ces instruments produisent toujours des traumatismes, ils sont plutôt réservés à la dilatation brusque et on préfère l'emploi de corps hygrométriques.

En 1878, Drake proposa, il est vrai, l'emploi d'un pessaire à air appliqué sur le col et laissé en place pendant deux semaines. Si l'on n'a pas soin de l'ôter plusieurs jours avant les règles, il peut causer une hémorrhagie, et Drake lui-même a constaté une fois la production d'une pelvi-cellulite. Nous ne pouvons donc compter sur un moyen aussi contraire à toutes les lois de l'hygiène, qui oblige les productions muqueuses ou purulentes à séjourner dans l'utérus et à s'y corrompre et qui expose à des accidents aussi graves.

Restent alors les cônes d'éponge préparée, les tiges de laminaria digitata, les racines de bois de gentiane, etc.

H. Bennett emploie de petits cônes d'éponge préparée, longs de 2 à 3 centimètres, et qu'il laisse dans la cavité du col pendant 24 heures.

Sims les laisse le même temps, mais se sert de cônes ayant de 3 à 5 centimètres.

L'effet produit par l'augmentation de volume des cônes d'éponge varie beaucoup suivant la qualité du produit et la façon dont ils sont préparés, selon que l'éponge est plus ou moins garnie de cire, plus ou moins régulière, d'où résulte une grande incertitude sur le temps que l'éponge mettra à se gonfler, sur la tension plus ou moins énergique qu'auront à supporter les parois du canal cervical et sur la tolérance dont les malades seront capables.

« Il faut le plus souvent (dit Courty) un ou deux intervalles in-

termenstruels pour dilater complètement une étroitesse du col. Le jour où l'on retire l'éponge, il y a généralement une certaine quantité d'écoulement soit de sang, soit de mucus plus ou moins fétide. Je prescris donc une injection d'eau phéniquée. »

Il faut mettre une éponge tous les deux ou trois jours.

Lorsqu'on veut faire simplement une exploration, le même professeur change l'éponge toutes les 12 heures et après 2 ou 3 jours a souvent pu faire faire pénétrer le catheter et même le doigt pour explorer. « Il est bien entendu, dit-il, que pendant tout ce temps la malade reste couchée, qu'elle prend des bains et qu'elle emploie tous les moyens propres à prévenir la réaction dont elle est menacée par le traumatisme que lui fait subir l'action incessante et un peu énergique de la dilatation rapide. »

Malgré toutes ces précautions, il n'est pas rare d'observer des accidents sérieux, et Gallard, cité par le Dr Boissarie (Ann. de Gynécolog.) dit à ce sujet : « La péritonite s'observe assez souvent après la dilatation par l'éponge, soit que les éponges de mauvaise qualité, composées de plusieurs pièces, ne puissent plus se retirer avec la même sécurité, soit que par leur adhésion intime avec les tissus qu'elles écartent, elles irritent la muqueuse, enlèvent l'épithélium, déterminent une plaie, véritable porte d'entrée désormais ouverte pour l'introduction de matières septiques, toujours est-il que leur application n'est pas exempte de dangers. C'est une véritable opération préliminaire qui vient ajouter ses risques à ceux que peuvent entrainer les opérations consécutives.

Le Dr Boissarie a lui-même constaté un cas de mort par péritonite débutant pendant l'application de la 3e éponge pour une dilatation rendue nécessaire par la présence dans la cavité utérine d'un polype fibreux chez une femme de 35 ans.

Les tiges de Laminaire ont encore un autre inconvénient : c'est qu'elles se dilatent inégalement et acquièrent leur plus gros volume là où elles ne sont pas comprimées par le canal, de sorte que, pour les retirer, on est souvent obligé d'inciser le col et de faire précisément l'opération qu'on voulait éviter, et cela dans des conditions bien plus difficiles que quand le col était libre. Le Dr Tri-

pier (Traité des mal. des femmes) a vu aussi des accidents graves suivre l'emploi de l'éponge et des tiges de laminaire.

Pour rémédier à ces inconvénients, nous avons fait construire un dilatateur, sorte de pince, dont les branches effilées en forme d'hystéromètre peuvent être écartées par une force élastique variable d'intensité au gré de l'opérateur, et susceptible d'être mesurée à chaque moment de l'opération. (Voir le numéro du même journal de novembre 1885.) Sur une remarque du Dr Chéron, on a depuis donné à l'instrument une double courbure qui en facilite encore le mouvement dans certains cas. Pour la graduation de notre dilatateur, nous avons mis en pratique la loi des leviers : « *La force de résistance est égale à la puissance, divisée par le rapport inverse de la longueur des deux bras de leviers.* »

La force de résistance sera ici l'effort supporté par les parois du canal cervical. La puissance est représentée par un ressort à boudin, mobile le long des branches de l'instrument, et dont la force mesurée en kilogr. est marquée sur la tige autour de laquelle il est enroulé.

Quant au rapport inverse de la longueur des deux bras de levier, il est marqué sur la branche où glisse le ressort et gradué en dixièmes.

Quand le ressort est attiré jusqu'à l'extrémité la plus éloignée de l'entrecroisement des branches, le bras de levier qui porte la puissance à son extrémité est de même longueur que celui qui porte la résistance. Cette dernière force sera donc égale à celle que le ressort indiquera sur sa tige centrale ; mais rapprochons graduellement le ressort du milieu de l'instrument, la longueur du bras de la puissance diminuant, la force d'écartement transmise à l'autre extrémité ira en diminuant aussi, et cela dans les proportions indiquées sur la graduation, de sorte qu'elle ne sera plus que les 9/10, 8/10, 7/10, 6/10, etc. de la force indiquée à chaque moment en kilogr. sur la tige centrale du ressort.

Supposons, par exemple, que le dilatateur une fois en place dans le canal cervical, on lise sur la tige du ressort : 3 kilog., et que le ressort soit à ce moment devant la division de la branche graduée

6/10, la force d'écartement sera alors les 6/10 de 3 kilogr. ou 1 kilogr. 800 gr. Qu'on recule alors le ressort pour dilater davantage, et qu'on l'amène devant la division 8/10 ; si le chiffre indiqué par le ressort est toujours 3, on aura alors comme force d'écartement ou résistance 2 k. 400 gr.

(A suivre.)

TRAITEMENT ET GUÉRISON D'UN CAS DE VAGINISME PAR LA FARADISATION AU GROS FIL.

Par le docteur G. Gautier (de la Charente).

—

Je fus consulté, au mois d'octobre dernier, par une dame N..., demeurant à Paris, rue des Mathurins. Cette malade, mariée depuis 2 ans 1/2 et âgée de 32 ans, s'était vue dans la nécessité absolue, dès son mariage, de consulter un spécialiste, au sujet d'une affection, qui l'empêchait d'avoir des rapports sexuels. Ne constatant, après trois mois de traitement, aucune modification dans son état, elle s'adressa successivement à quatre médecins, qui employèrent pour la soulager tous les traitements préconisés pour guérir le vaginisme, à l'exception du chlorhydrate de cocaïne.

Elle me fut adressée le 12 octobre et je ne pus constater, à la première visite de notre malade, que l'état suivant :

Le toucher vulvaire provoque une sensation de douleur, comparée à une cautérisation au fer rouge ;

Le toucher vaginal est impossible. Donc hyperesthésie vulvaire, développement au plus haut degré. L'examen de la vulve et de l'anus ne permet de découvrir aucune lésion.

La malade nous dit que ses rapports, qui sont incomplets, provoquent chaque fois une douleur si grande, que dans plusieurs occasions elle a perdu connaissance.

1re Application du traitement (12 octobre).

Excitateur simple dans le vagin.

Electrode positive au niveau des articulations sacro-iliaques.

Intensité : 15 ; Durée : 12 minutes ; Gros fil.

Séance très mal supportée. A la suite aucun malaise.

Appareil d'induction du docteur Tripier.

Nous revoyons notre malade le 14 octobre.

Deuxième examen.

Toucher vulvaire plus supportable.

Le toucher vaginal est possible, au prix de violentes douleurs. Le doigt est arrêté à l'entrée du vagin et éprouve la sensation d'une barre transversale.

A l'hyperesthésie signalée au premier examen, nous pouvons donc ajouter cette contracture douloureuse, qui sont les deux éléments qui composent le vaginisme.

2e application du traitement (14 octobre).

Même situation de l'excitateur et de l'électrode.

Même courant ; même durée ; intensité : 20.

Séance mieux supportée.

Le 16 octobre, notre malade nous revient ; elle est heureuse de nous apprendre que la marche, qui était douloureuse avant le traitement, est devenue facile et moins pénible.

Troisième examen :

Toucher vulvaire à peine sensible ; toucher vaginal légèrement douloureux. Le doigt n'est plus arrêté par cette barrière infranchissable, signalée précédemment, et peut atteindre le col utérin.

3e Application du traitement :

Semblable aux deux précédentes.

Intensité 30. L'excitateur toutefois est placé dans le trajet cervical.

Séance très bien supportée.

Madame N... revient nous voir, le 18, le 20 et le 22 octobre.

A la quatrième séance, le toucher vulvaire et vaginal était facile et ne provoquait aucune douleur.

La marche n'offrait aucun symptôme de gêne ou de fatigue. L'excitateur est placé au fond de la matrice et je puis donner toute l'intensité de ma bobine à induction.

Les époques menstruelles, survenues le 26 octobre, se sont arrê-

tées le 30, avec un cours régulier et sans provoquer ni douleur ni lassitude.

Les rapports sexuels, suspendus pendant la durée du traitement, sont repris le 1er novembre. Pour la première fois, madame N... a pu les supporter sans aucune douleur.

Je revois ma malade le 3 novembre. La guérison est complète.

Devons-nous faire suivre l'observation de considérations personnelles? Elles seraient nombreuses; nous allons en résumer quelques-unes.

L'amélioration du vaginisme a été progressive; dès la quatrième séance, en neuf jours, la guérison était obtenue.

Le traitement médical employé par cinq médecins n'a donné aucun soulagement à la malade.

Il restait comme dernière ressource le chlorhydrate de cocaïne ou l'intervention chirurgicale. Dans deux cas traités par la cocaïne, les seuls qui nous soient connus, la maladie est restée la même, l'hyperesthésie et la contracture n'ont pas cédé. Quant à l'intervention chirurgicale, elle est compliquée et grave.

Que, dans certaines circonstances, on veuille donc bien convenir que l'électricité donne des résultats sérieux et rapides; que les autres médications doivent lui céder la marche; qu'enfin, elle ne mérite pas l'oubli où on la laisse.

Ajoutons, en terminant, qu'aucune lésion ne nous a permis de découvrir la cause de ce vaginisme et que les applications nettement définies de notre traitement nous permettent de supposer qu'une lésion spéciale localisée est l'origine probable de la maladie.

DE LA CORRÉLATION

entre le traitement local et le traitement général ou constitutionnel dans les maladies des femmes

Mémoire lu à l'Association médicale britannique, section d'obstétrique.

Par le Dr Thomas More Madden (1).

Traduit de l'Anglais par le Dr R. Fauquez.

—

Peu de questions en Gynécologie méritent plus de fixer l'attention que l'importance respective du traitement local et constitutionnel dans certaines affections de l'appareil utéro-ovarien. Après avoir déjà traité ce sujet précédemment, je reviens de nouveau sur la question, principalement en vue de démontrer la nécessité d'associer l'emploi des médicaments constitutionnels aux traitements locaux généralement usités dans certains cas.

Je n'ai guère besoin de décliner toute intention de diminuer la valeur de ce traitement topique que j'ai eu, comme spécialiste en gynécologie et comme professeur de clinique, l'occasion d'employer journellement et dont j'ai enseigné l'usage à mes élèves.

Ce sujet, outre sa grande importance pratique, est intéressant, car il démontre la périodicité avec laquelle diverses questions médicales depuis longtemps débattues et en apparence délaissées, sont reprises et discutées à nouveau avec tout l'intérêt d'une nouveauté.

Dans une certaine mesure, cela tient probablement au progrès de la science médicale si rapide aujourd'hui que nous devons, autant qu'il est en notre pouvoir, suivre sa marche, presque journalière et qu'il nous reste peu de loisirs pour faire un retour à l'ancienne littérature médicale.

J'ai traité ailleurs avec développement ce sujet et j'ai démontré que beaucoup de nos meilleurs perfectionnements en gynécologie

(1) Ce mémoire a été communiqué à propos d'une discussion sur le traitement local et le traitement constitutionnel dans les maladies des femmes, à laquelle ont pris part plusieurs membres de la Société.

et en chirurgie, tels que, par exemple, la dilatation mécanique rapide du canal cervical pour l'exploration de la cavité utérine ou son traitement, l'application locale d'acide nitrique dans les maladies utérines, l'emploi du speculum vaginal et l'usage des anesthésiques avant les opérations chirurgicales sont des exemples de la résurrection de pratiques anciennes et tombées en désuétude sous formes de découvertes et améliorations nouvelles.

En remontant à quarante ans en arrière, la discussion que nous engageons aujourd'hui avait lieu, et l'utilité comparative du traitement local et général, dans les affections utérines, était le sujet de polémiques dans les journaux médicaux de l'époque auxquelles prenaient part H. Bennett, Acton et autres pionniers de la Science gynécologique encore dans l'enfance, d'un côté, et Robert Lee et autres partisans non moins ardents de la vieille école du traitement constitutionnel, de l'autre, avec une passion quelquefois égale à celle que déploient aujourd'hui les adeptes de la section abdominale au sujet d'une réflexion quelconque sur un point de la pratique dans laquelle ils excellent.

Dans les dernières années, le même sujet de lutte a été introduit à plusieurs reprises dans l'arène du débat médical. Comme je l'ai déjà dit, j'avais moi-même, quelques années auparavant, soulevé une discussion sur l'origine constitutionnelle et sur le traitement des troubles utérins à la Société obstétricale. Récemment cette question a été traitée à un point de vue différent par le Dr Clifford Allbut et autres, et dernièrement elle a été de nouveau présentée à l'Association médicale britannique par le Dr Playfair.

Je peux faire remarquer ici qu'il semble que ce serait perdre son temps et ses efforts que de plaider, même aussi éloquemment que les Drs Clifford Allbut et Donkin, contre la tendance dominante à la spécialité dans toutes les branches de l'art de guérir, dont ils considèrent la gynécologie comme l'empiètement le plus blâmable.

Cette subdivision dans le développement de la science médico-chirurgicale est non seulement inévitable dans les grands centres de population, mais encore désirable dans l'intérêt de l'art médi-

cal aussi bien que dans celui du public, d'où on peut conclure que les médecins qui se renferment dans un champ limité de pratique spéciale posséderont sans aucun doute une plus grande expérience en cette matière que ceux qui embrassent également les divers départements du vaste domaine de la chirurgie, de la médecine et de l'obstétrique. Dans ces conditions, ceux qui songent aujourd'hui à résister à la spécialité en médecine entreprennent une tâche aussi vaine que les efforts de la dame de Partington pour repousser l'Atlantique avec son balai. Par contre, il est également évident que personne ne peut pratiquer avec succès la gynécologie ou toute autre spécialité s'il n'est, comme doit l'être un praticien instruit, absolument familier avec les principes généraux de la science médico-chirurgicale.

De toutes les subdivisions de la médecine, la gynécologie est, sans conteste, la plus instable dans sa pratique routinière. Non seulement elle varie de temps en temps, à cet égard, suivant les progrès des sciences sur lesquelles elle repose ; mais, de plus, elle semble subir à de fréquents intervalles d'autres changements de nature purement arbitraire. Ainsi l'influence de la mode est à peine plus marquée dans les modifications des formes des robes de nos clients que dans nos méthodes de traiter leurs souffrances utéro-ovariennes.

Il se passe à peine une période de dix ans sans que la pratique de la gynécologie soit révolutionnée par quelque théorie dont l'existence proclamée à grand bruit est de courte durée et qui, après avoir peut-être rempli son but, est rapidement précipitée dans le néant de l'oubli.

Le retour à quelques-unes des doctrines qui, nous devons nous en souvenir, ont régi la spécialité que nous pratiquons, peut servir à démontrer comment de telles conceptions fausses ont prévalu et existent encore dans une certaine mesure, par rapport au traitement local et constitutionnel dans les maladies utéro-ovariennes. Ainsi, lorsque je débutai dans la carrière médicale, il y a un peu plus de vingt ans, la théorie de Henri Bennett sur « l'inflammation chronique et l'ulcération du col de l'utérus » était universellement adoptée.

A cette époque, c'est à peine si une femme malade dont les symptômes étaient susceptibles d'être interprétés comme ceux d'une affection utérine pouvait échapper à un examen vaginal presque quotidien et à l'application locale sur le col de l'utérus de nitrate d'argent ou de caustiques utérins alors en vogue.

Il en était ainsi dans ces jours calmes du début de la gynécologie où chaque praticien travaillait à son ascension facile vers la renommée et la fortune. Plus tard, cependant, cette ligne facile de la pratique fut abandonnée et le speculum cylindrique et le bâton de caustique cessèrent de régner dans les cabinets de consultations.

A ce moment fut fondée la doctrine, non moins généralement adoptée et peut-être mieux établie de l'orthopédie utérine, sur laquelle dans les quinze dernières années, les disciples de Graily Hewitt se sont appuyés pour reconnaître l'évidence d'un déplacement utérin ou d'une flexion dans chaque variété de souffrance pelvienne et pour mettre en jeu leur fertilité inventive en imaginant de nouveaux pessaires ou en retouchant et remaniant d'anciens instruments.

Cette théorie mécanique de la pathologie utérine n'a pas cependant exercé une suprématie sans conteste, comme celle qu'elle avait remplacée, ayant été en opposition, d'abord avec la conception d'Emmet facilement acceptée et dans certains cas bien fondée de l'influence des lacérations du col sur la production de l'hyperplasie utérine ; et, en second lieu, avec la résurrection dans la pratique récente de l'ancienne doctrine de l'origine ovarienne de certaines maladies spéciales aux femmes et de leur guérison par l'oophorectomie.

La dernière idée imaginée par le Dr Blundell a été reprise et développée à fond par les chirurgiens américains. Cependant, elle a repassé l'Atlantique et, dans les mains des chirurgiens anglais, l'opération de Battey est aujourd'hui fréquemment exécutée, et dans des cas dans lesquels, quelle que soit l'habileté spéciale de l'opération, son emploi paraît à peine justifié soit par la nécessité, soit par les résultats de l'opération.

Le résumé précédent des théories principales qui ont influencé

la pratique gynécologique pendant les vingt dernières années, toutes ayant trait aux différentes formes du traitement local et qui, quoique incontestablement applicables à certains cas, ont cependant été poussées au delà de leur légitime application, expliquent, je le pense, suffisamment la négligence que l'on a en général actuellement pour les traitements constitutionnels et la prédominance que l'on accorde aux moyens mécaniques ou autres dans cette branche spéciale de la médecine.

Je n'ai pas besoin de parler ici de l'importance qu'a atteinte cette question. Dans mon service d'hôpital, j'observe presque journellement des cas dans lesquels des malades qui ont été traitées ailleurs localement pour une endométrite ou pour des flexions dont quelquefois je ne peux constater l'évidence et chez lesquelles je considère, par conséquent, le traitement local comme inutile, à leur grand ennui, sont portées à être mécontentes et à se considérer comme négligées. De plus, dans une grande partie de cas semblables, ayant égard simplement à la santé générale de la malade, en prescrivant l'emploi comme topique de l'eau chaude ou froide et en recommandant l'abstinence complète des rapports conjugaux, on voit les symptômes céder et les malades revenir à la santé parfaite, *Mens sana in corpore sano*, bien plus complètement et plus rapidement que si l'on avait soumis les organes à une irritation mécanique provenant des examens répétés et du traitement local et ainsi contribué à maintenir cette concentration morbide de l'imagination sur le siège supposé de la maladie, ce qui est si commun dans les affections utérines. C'est pour cela que, bien que j'aie eu, depuis plusieurs années, aussi fréquemment que d'autres, l'occasion, à l'hopital et dans ma pratique privée, d'employer l'examen et le traitement local, je ne les considère jamais comme une obligation de la pratique routinière, et je ne les applique, surtout chez les jeunes malades célibataires, que lorsque la nécessité en est tout spécialement évidente.

En dehors, maintenant, de ces nombreux cas dans lesquels le traitement local est pertinemment indiqué et dans lesquels, par conséquent, il doit être appliqué sans hésitation, il reste une proportion presque aussi considérable de cas dans lesquels se dresse

sérieusement la question de savoir si le traitement local ou le traitement constitutionnel ou tous les deux ensemble sont indiqués. Ils peuvent être divisés en trois classes. Dans la première sont compris les cas d'hyperémie utéro-ovarienne ou d'hypertrophie congestive de l'utérus et de ses annexes. Dans la seconde, en rapport avec ceux de la première et, en général, comme leur conséquence, se trouvent tous les désordres obscurs cérébro-spinaux et hystériques particuliers aux femmes ; et enfin, dans la troisième classe, se placent les néoplasmes ou les fibro-myomes.

L'hyperémie chonique amenant à l'hypertrophie ou à l'inflammation chronique ou à l'endométrite, qu'on appelait autrefois hyperplasie aréolaire de l'utérus, mérite une attention spéciale, par rapport à son origine constitutionnelle. Car si je peux convaincre les autres praticiens d'accepter la manière de voir que l'expérience clinique m'a suggérée, savoir, que la diathèse strumeuse est en général une cause prédisposante de l'hypertrophie congestive chronique de l'utérus, alors, comme je le crois, le traitement de cet état morbide sera modifié, simplifié et amélioré.

Depuis plusieurs années, mon attention a été appelée sur cette situation par les remarques que j'ai pu faire sur les malades soumises à mon observation dans la section de gynécologie de l'hôpital de la Rotonde ; une grande partie de celles-ci portait les traces nettement marquées de la diathèse strumeuse. Dans certains cas, elles souffraient incontestablement, sur différentes parties du corps, de manifestations scrofuleuses ; dans d'autres, je pouvais distinctement démontrer dans l'affection utérine locale l'influence d'une altération strumeuse héréditaire. Depuis lors, la vérité de ces remarques m'a été confirmée par mon expérience clinique dans d'autres hôpitaux auxquels j'ai été et je suis encore attaché.

Dans ces cas, les symptômes généraux, le caractère de la souffrance locale et la nature du flux utéro-vaginal portaient le cachet du type scrofuleux. Pour la plupart, les cas en question étaient des exemples d'endométrite du col ou d'hypertrophie congestive de l'utérus avec les troubles secondaires des fonctions utéro-ovariennes, conséquence de ces affections. Dans tous sans exception,

la congestion hypertrophique était aiguë dans son envahissement, chronique dans sa durée et rebelle dans sa résistance au traitement local, comme c'est le cas dans toutes les autres manifestations locales de la maladie strumeuse constitutionnelle. Comme dans d'autres cas de même origine, l'hypertrophie congestive de l'utérus, plus spécialement lorsqu'elle est limitée au col, est apte à conduire aux ulcérations qu'on peut, peut-être, considérer comme le résultat de traumatismes décrits par mon ami Emmet, mais qui incontestablement présentent un aspect caractéristiquement strumeux, irrégulières, de formes circulaires, superficielles, pâles et flasques, naturellement peu sensibles, mais parfois irritables et douloureuses, longues à lasser toute patience, lorsqu'elles ont été négligées ou maltraitées, mais parfaitement curables au moyen d'un traitement approprié à la diathèse strumeuse.

En dehors de la scrofule, on peut également reconnaître comme causes fréquentes des troubles chroniques de l'utérus, d'autres cachexies constitutionnelles telles que la goutte et le rhumatisme, ou plus communément la diathèse goutteuse ou rhumatismale, de même que la névralgie.

La syphilis est une autre cause constitutionnelle fréquente de maladies utérines. Car bien que les ulcérations syphilitiques primitives du col de l'utérus soient en quelque sorte exceptionnelles et peuvent être facilement reconnues au caractère de la place bien limitée, excavée et dure et à l'histoire du cas, la syphilis secondaire peut très fréquemment être considérée comme la cause d'une affection utérine chronique se manifestant par des abrasions superficielles de la membrane muqueuse, le catarrhe utérin et la congestion hypertrophique du col qui dans ces cas présente une coloration particulière.

Tous ces symptômes, cependant, peuvent se présenter sans maladie syphilitique et, dans les cas douteux, le diagnostic sera facilité par l'histoire de la maladie, soit que la malade ait déjà présenté une ulcération primitive des organes génitaux externes ou une maladie de la peau suspecte ou une plaie ulcérée de la gorge, soit, dans les cas où aucun de ces symptômes ne peut être retrouvé, par le fait que la malade a fait des avortements

répétés ou donné naissance à un enfant né avant terme et putréfié. Dans de telles conditions, je n'hésiterai jamais à considérer une affection utérine obscure comme syphilitique, quoique je sois très prudent dans la manière de poser mon diagnostic.

Les symptômes constitutionnels de l'hypertrophie congestive chronique de l'utérus et les lesions péri-utérines avec lesquelles elle est généralement associée, indiquent très clairement qu'il est nécessaire de faire quelque chose de plus que le traitement purement local. Dans à peu près chaque cas de cette nature, il existe un trouble très manifeste des fonctions digestives, l'appétit est diminué ou capricieux, les intestins sont paresseux et distendus par des gaz qui se développent spécialement après les repas et l'estomac est fréquemment douloureux.

La cardialgie, les palpitations et les douleurs dans la région sous-mammaire gauche sont fréquemment symptomatiques d'une affection utérine. Dans ces cas, la malade réclame un avis médical sous l'impression qu'elle souffre d'une maladie du cœur et admet avec peine que l'utérus puisse être le siège de ses souffrances. En fait, la majorité des cas des prétendues maladies de cœur, chez les femmes, et surtout lorsqu'on peut découvrir l'existence de l'hystérie, doivent être *a priori* considérées comme une hyperplasie utérine après la guérison de laquelle les symptômes cardiaques disparaîtront.

La même observation s'applique aux maux de tête violents chroniques auxquels les femmes qui souffrent d'une hypertrophie congestive de l'utérus sont particulièrement sujettes. Le même rapport entre cet état et différentes formes d'affections des yeux a été récemment démontré comme un fait hors de controverse par M. Fitzgerald et d'autres oculistes. L'effet de l'affection utérine sur la santé et sur l'état général est manifeste. Lorsque la souffrance locale s'accroît, la malade maigrit, devient pâle, blême, cachectique ; son aspect, au bout de quelque temps, est complètement altéré. L'appétit est mauvais, la langue épaisse et l'haleine mauvaise. Elle est faible et languissante et ne peut faire aucun exercice sans se fatiguer. Le moral ne tarde pas à suivre le phy-

sique et la malade devient nerveuse, abattue, excitable, anxieuse ou irritable, jusqu'aux confins de la folie.

L'influence de la constitution sur les troubles utéro-ovariens fonctionnels ou organiques, est connue depuis longtemps, et, par conséquent, la nécessité d'un traitement constitutionnel aussi bien que local est démontrée d'une façon remarquable par le rapport qui existe généralement entre les affections de l'appareil génital et presque chaque forme des troubles cérébraux et nerveux auxquels les femmes sont sujettes, depuis les plus vulgaires manifestations de l'hystérie, jusqu'aux formes les plus graves des affections cérébrales et nerveuses, la folie et l'épilepsie.

On ne peut ici mettre en question la certitude de ce rapport. Ainsi, dans un des hôpitaux auxquels j'ai été attaché, plus de 30 pour cent sur 5,000 malades traitées dans notre section de gynécologie, pendant les sept dernières années, souffraient de troubles nerveux qu'à l'examen on trouvait être en rapport avec une irritation réflexe d'origine utéro-ovarienne, après la guérison de laquelle, au moyen d'un traitement local et constitutionnel approprié, les troubles secondaires nerveux ont généralement disparu. Dans de pareils cas, notre premier soin doit être de faire disparaître par un traitement soit local soit constitutionnel l'affection ovarienne ou utérine ou le déplacement de la matrice dont le trouble nerveux est symptomatique. Dans la majorité des cas que nous considérons, le traitement local n'est nécessaire que pour redresser quelque flexion bien marquée ou pour reduire un déplacement de l'utérus. Parmi les médicaments au moyen desquels nous pouvons espérer diminuer la susceptibilité nerveuse morbide ou l'activité moléculaire pervertie des centres nerveux, dans les cas d'hystérie, nous avons les divers bromures et les toniques nerveux tels que les valérianates de zinc et de quinine. Les hypnotiques purs, comme l'hyosciamine et le chloral, sont relativement de peu de valeur et les narcotiques, particulièrement l'opium et ses alcaloïdes, sont généralement plutôt nuisibles qu'utiles dans ces cas.

(A suivre.)



REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DE CHIRURGIE

TRAITEMENT DU PROLAPSUS UTÉRIN.

M. Marchand fait une communication ayant pour objet d'appeler l'attention sur une opération de colpopérinéorrhaphie postérieure dont le but est la guérison du prolapsus utérin.

Peu pratiquée en France jusqu'à ce jour, l'auteur a (tout au moins les observations en sont-elles très rares dans notre pays) dû y avoir recours douze fois déjà depuis 1882.

Les résultats qu'il a obtenus lui ont semblé très satisfaisants ; et, d'autre part, il a pu se convaincre sur quelques malades que ces résultats sont durables. L'opération qui nous occupe a pour but : de rétrécir et de fixer la paroi postérieure du vagin, d'augmenter très notablement la puissance du périnée ano-vulvaire et de rétrécir l'orifice vulvaire.

Les indications qui se posent sont:

1° De rétrécir le vagin et de le fixer à nouveau en provoquant des adhérences avec les tissus qui l'entourent ;

2° D'augmenter l'épaisseur du périnée et d'amener un certain rétrécissement de la vulve.

C'est en 1868 que Simon pratiqua, ou mieux, rendit compte des deux opérations qui ont été le point de départ de sa méthode. L'opération a subi des perfectionnements importants de la part de Negier ; aussi est-elle connue couramment sous le nom de Simon-Negier.

C'est à la formule de ce chirurgien que M. Marchand s'est rallié et c'est son procédé qu'il a suivi dans ses plus minutieux détails, lors de ses premières opérations.

Comme on ne peut accumuler trop d'obstacles sur le trajet suivi par la matrice dans son déplacement vers la vulve, l'auteur fait précéder la colporrhaphie, dans ces cas, d'un cloisonnement transversal du vagin à peu de distance du col, c'est-à-dire sur

cette partie de l'organe qui, peu accessible à notre action, n'est point intéressée dans le procédé de Negier.

« La colpopérinéorrhaphie, dit l'auteur, n'est pas d'une exécution bien difficile. La dissection du lambeau triangulaire en constitue le temps le plus pénible. Il est indispensable d'user de ménagements vers la partie postérieure, car, à ce niveau, la minceur du vagin est souvent excessive. Il ne m'est point arrivé d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas ; une fois, pourtant, je l'ai dénudé et la séreuse faisait hernie dans une petite étendue, où elle constituait le col de l'avivement. La blessure du rectum est moins à redouter ; la cloison recto-vaginale a une épaisseur suffisante pour se défendre même contre un bistouri manié sans précaution.

L'adhérence de la muqueuse vaginale est très forte au niveau de l'orifice inférieur de l'organe ; c'est cette partie dont la dissection est le plus difficile.

Il importe beaucoup que l'instrument n'entame point trop profondément les tissus, car on augmenterait sensiblement la perte de sang, qui est toujours notable et fort gênante.

Cette hémorrhagie est surtout veineuse ; elle provient parfois de vaisseaux assez gros pour qu'on doive conseiller les pinces. Je n'ai que rarement intéressé des artères de quelque volume.

La suture suffit, du reste, à arrêter toute perte de sang. Dans un seul cas, un suintement persista pendant les premières vingt-quatre heures qui suivirent l'opération ; mais il ne fut pas assez considérable pour que l'on crût devoir détruire la suture. Malgré mes craintes, la réunion ne fut pas entravée par cet incident.

J'ai toujours pincé les artères profondes de façon à les cacher complètement sous le col cruenté. Je pense que cette précaution est fort importante et que c'est elle qui amène la réunion indispensable au succès opératoire, et qui, très heureusement, ne fait presque jamais défaut.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que toutes mes opérations ont été pratiquées avec l'aide d'une rigoureuse antisepsie. Les surfaces avivées sont lavées soigneusement avec une solution de sublimé à 1 millième avant l'application des sutures. Puis celles-ci sont largement saupoudrées d'iodoforme et la vulve recouverte

du pansement de Lister dont on renouvelle les pièces profondes à chaque miction.

Les malades ont été presque toutes sondées du reste pendant les trois premiers jours, en même temps que de faibles doses d'opium provoquaient la constipation.

Je ne faisais pratiquer des injections vaginales antiseptiques qu'à partir du troisième au quatrième jour, à moins que quelque suintement vulvaire ne vînt m'engager à le faire plus tôt.

Pour l'enlèvement des fils, je me suis conformé aux règles données par Negier. Les sutures périnéales sont enlevées du septième au huitième jour ; les vaginales sont laissées en place pendant trois ou quatre semaines.

Je n'ai eu, sur mes douze opérées, qu'une seule complication un peu sérieuse. Il s'agit d'un érysipèle ambulant qui, partant de la vulve, parcourut les membres inférieurs et finit par s'éteindre. La réunion ne fut pas entravée par le fait et la malade sortit parfaitement guérie de son prolapsus.

Mes malades étaient dans d'excellentes conditions après l'opération, au point de vue de la contention de l'utérus. Sous l'influence des efforts après la marche ou une station verticale prolongée, l'utérus restait profondément caché. Seule la paroi antérieure du vagin a une tendance à s'abaisser et presse sur le doigt explorateur ; aussi je me propose dorénavant de pratiquer toujours l'épiciorrhaphie, qui me semble le meilleur soutien de cette partie.

Je n'ai pu revoir malheureusement que deux de mes malades. Une d'elles est ma seconde opérée. Sa guérison date maintenant de quatre ans. Elle est en parfait état et comme au lendemain de son opération.

Chez la seconde, la contention de l'utérus est aussi parfaite, mais la cystocèle a augmenté et vient faire saillie à la vulve pendant l'effort.

Cette malade n'avait pas subi l'épiciorrhaphie, et elle avait, au moment où je l'opérai, un degré de cystocèle que je corrigerais aujourd'hui.

En résumé, je pense que la colpopérinéorrhaphie est appelée à donner des succès plus durables que ceux obtenus jusqu'à ce jour.

Elle seule, par l'épaississement du périnée, transforme la pa-

roi postérieure vulvo-vaginale en un double plan incliné en sens inverse, dans l'angle de réunion desquels vient s'échapper l'utérus dans les divers efforts qui tendent à l'abaisser.

La gravité de cette opération, malgré les assertions contraires de Schneider, serait très peu considérable, puisque, sur 150 opérées, Negier n'en perdit que 2 de complications septicémiques.

REVUE DE LA PRESSE

—

LES SUCCÉDANÉS DE L'OPIUM.

Sydenham, avait l'habitude de dire : « S'il m'était interdit de faire usage de l'opium, je renoncerais à l'exercice de la médecine. » En parlant ainsi, le médecin qu'on a surnommé l'Hippocrate de l'Angleterre, montrait qu'on a eu raison quand on a défini la médecine : « l'art de guérir, *ou de calmer* les maladies ». Calmer la souffrance est bien souvent, en effet, tout le rôle du médecin, et l'opium constitue, dans ce cas, l'instrument le plus puissant de sa pratique.

Cela était vrai du temps de Sydenham, cela est encore vrai de nos jours, avec cette différence que les ressources médicamenteuses se sont accrues et que l'opium n'est plus seul à donner du calme aux gens qui souffrent. Nous ne dédaignons pas les effets de l'extrait thébaïque, qui a rendu tant de services à nos aînés, mais nous disposons de substances médicamenteuses plus simples, qui peuvent, dans certains cas, nous donner les mêmes avantages avec quelques inconvénients en moins.

La démonstration est facile à faire, à propos des maladies de l'hiver dont la bronchite est le type.

A la toux fatigante, qui produit la céphalalgie et l'insomnie, qu'oppose-t-on ? — L'opium, parce qu'il calme la toux. Or, en remplacement de ce calmant, qui n'est pas sans défaut, nous avons deux succédanés de grande valeur : la codéine et le lactucarium.

A. La codéine, inscrite au codex seulement depuis 1886, est un alcaloïde qui endort la sensibilité sans produire, comme l'opium ou la morphine, le cauchemar pendant le sommeil, sans amener des troubles intellectuels au réveil, sans nuire à l'intégrité des fonctions digestives. Dans le *Bulletin de thérapeutique*, le docteur Barbier, d'Amiens, a écrit : « Le sommeil par la codéine n'est accompagné ni de pensanteur de tête, ni d'engourdissement, ni d'hébétude, ni de gonflement des yeux. » Claude Bernard dit dans ses leçons : « La

codéine ne rend pas les nerfs paresseux, comme le fait la morphine. » Le professeur Fonssagrives a fait une déclaration analogue : « La moëlle et les nerfs qui en partent ne sont pas, dit-il, influencés par la codéine comme par la morphine. »

Cela ne doit pas surprendre quand on sait que Magendie avait enseigné ceci : « Un seul grain de codéine amène un sommeil en général calme et paisible, et qui n'est pas suivi, le lendemain, de la pesanteur de tête qu'on éprouve fréquemment après avoir pris de la morphine » (Guibert, *Nouv. med..* 2e édit.)

Dans son excellent *Manuel de thérapeutique* le docteur Paul Rodet exprime donc l'opinion générale quand il écrit : « En réalité, on peut dire que la codéine n'est hypnotique que parce qu'elle combat les phénomènes morbides qui s'opposent au sommeil. Ainsi, dans la bronchite, 4 ou 5 centigrammes de codéine, le soir, calment admirablement la toux sans provoquer le sommeil. »

B. Le lactucarium, suc de laitue, obtenu par incision et dessiccation explique la vieille réputation de cette plante, considérée jadis comme le calmant par excellence.

Le professeur Duncan, d'Edimbourg, est le premier qui ait appelé ce produit le succédané de l'opium, en le recommandant dans le traitement de la phtisie pulmonaire, après que Gumprecht s'en était servi contre la coqueluche. Ses propriétés sont ainsi exposées dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre : « le lactucarium n'agit pas sur le cerveau à la façon de l'opium; il paraît être un hypnotique indirect et s'il produit le sommeil, c'est en faisant tomber l'éréthisme nerveux qui entretenait l'insomnie. J'ai pu comparer sur moi-même l'état cérébral particulier que produisent le lactucarium et l'opium, et je les considère comme parfaitement distincts. Le sommeil de l'opium est agissant et il est traversé par des combinaisons intellectuelles confuses, mais fort actives ; celui obtenu par le lactucarium est calme. Le premier des deux médicaments laisse après lui de la pesanteur de tête, de la fatigue, de l'inappétence. le second n'a pas d'effets consécutifs appréciables ... Les accidents nerveux qui compliquent certaines affections catarrhales, la grippe en particulier, constituent l'une des indications les plus positives du lactucarium. »

Combinez la codéine et le lactucarium, ajoutez l'élément balsamique résineux, indispensable dans les préparations pectorales, vous aurez un médicament produisant une diminution graduelle de la toux et de l'expectoration, un calmant de premier ordre, utile dans toutes les affections des voies respiratoires, depuis le vulgaire coryza jusqu'à la phthisie pulmonaire : ce médicament existe tout préparé ; codéine

lactucarium et sève de pin, telle est la composition des pastilles Brachat, qui sont comme la synthèse des succédanés de l'opium, pour les gens qui toussent.

Chacune de ces pastilles, contenant environ un milligramme de codéine, il ne serait pas prudent de les conseiller comme un remède banal; c'est pourquoi il faut remercier leur préparateur d'avoir fait la recommandation de ne point les laisser à la libre disposition des enfants. La précaution était bonne à prendre, la forme élégante et le goût agréable des pastilles Brachat pouvant faire confondre, avec les produits venus de chez le confiseur, un calmant précieux de la bronchite, de la grippe, de la coqueluche, de la pneumonie, de l'asthme et même de la phthisie. Dr G. VINCENT.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Pean, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, nous adresse la lettre suivante, que nous nous empressons d'insérer ici :

Paris, 9 novembre 1886.

Mon cher Rédacteur en chef,

Dans le numéro d'octobre de votre excellente Revue médico-chirurgicale, page 628, vous décrivez, sans me citer, mon procédé d'hystérectomie vaginale par le pincement préventif et définitif des ligaments larges, en disant qu'il est préconisé par mon collègue; M. Richelot.

Pour vous convaincre que ce procédé, qui dérive de la méthode du pincement des vaisseaux que nous avons si souvent appliquée ensemble à la vulve, au vagin, à l'utérus, a été mis en pratique par moi avant M. Richelot, il vous suffira de lire la communication que j'ai faite en 1883, à l'Académie de Médecine ; les leçons contenues dans le t. IV de mes cliniques ; celles qui ont été reproduites dans la *Gazette des hôpitaux*; la belle observation, suivie de considérations, qui a été publiée dans le même journal, par notre confrère le Dr Buffet, d'Elbeuf, que vous citez à juste titre dans votre numéro d'octobre ; enfin, la réponse que j'ai faite à M. Richelot, au dernier Congrès de chirurgie. Dans cette séance, à laquelle je regrette que vos nombreuses occupations ne vous aient pas permis d'assister, vous auriez reconnu, à leurs applaudissements, que tous les confrères présents savaient à qui revient la priorité de la méthode et du procédé qui nous occupe.

A cette époque, d'ailleurs, M. Richelot ne réclamait plus pour lui, comme il avait été un instant tenté de le faire, le mérite d'avoir imaginé le pincement préventif et définitif des ligaments larges; il se bornait à dire, en s'appuyant sur plusieurs observations, qu'il ne perd plus ses malades depuis qu'il se sert de mon procédé et de mes pinces pour enlever l'utérus par la voie vaginale.

Je compte, mon cher Rédacteur en chef, sur votre impartialité bien connue pour insérer cette lettre dans votre prochain numéro.

Recevez, etc. PEAN.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

258. — Traitement du diabète chez la femme. — Voici le traitement qu'indique M. Lecorché. Cet auteur admet, comme antidiabétiques complets, les médicaments qui réunissent les six propriétés de faire baisser le sucre, l'urée et la polyurie, de provoquer le retrait du foie, d'arrêter l'amaigrissement et de faciliter le retour de l'embonpoint.

Parmi les médicaments qui réunissent le mieux ces conditions, il faut citer l'opium, les alcalins et surtout l'arsenic, que Lecorché emploie sous forme de liqueur de Fowler, 15 à 20 gouttes par jour, prises conjointement avec 2 ou 3 gouttes noires anglaises, avant le repas, pendant trois semaines ou un mois.

Contre les manifestations pulmonaires, huile de foie de morue. créosote et eaux minérales sulfureuses. Contre les lésions cardiaques, qui augmentent la glycémie, on prescrira les préparations de caféine et de muguet. Contre les manifestations gastro-intestinales et hépatiques, le calomel, les badigeonnages iodés, les purgatifs, les amers.



259. — Traitement chirurgical de la péritonite. — Le Dr True, dans sa thèse d'agrégation, a traité la question de l'intervention chirurgicale dans les péritonites de causes diverses. Voici les conclusions de son travail :

« La *péritonite par rupture ou ulcérations pathologiques* impose des réserves formelles au point de vue de la thérapeutique chirurgicale. L'état de faiblesse ordinaire des sujets, les conditions morbides générales dans lesquelles ils se trouvent, le caractère éminemment infectieux des lésions péritonéales, l'indécision habituelle du chirurgien sur la siège exact de la lésion, etc., tout enfin paraît s'opposer à une intervention efficace. Si l'on songe pourtant à la rapidité excessive de l'inflammation et à la mort constante qui en est la conséquence, on se croira autorisé à tenter quelquefois une théra-

peutique radicale. Celle-ci n'aura cependant sa raison d'être que dans quelques circonstances particulières. On ne saurait agir que sur un malade en dehors du collapsus final et alors qu'un diagnostic suffisant permettra, comme une pérityphlite, un ulcère rond, par exemple, d'avoir une notion approximative du siège de la lésion. Dans ces cas, la laparotomie large et médiane paraît indiquée.

« La *péritonite par inflammation ou gangrène de tumeurs diverses* est localisée ou généralisée. Les poussées inflammatoires localisées et peu intenses n'exigent aucune intervention. Les formes diffuses et menaçantes impliquent une opération hâtive et quelquefois immédiate. La gangrène est une indication impérieuse. Dans les deux derniers cas, l'ablation de la tumeur enflammée ou gangrenée, la toilette et l'antisepsie péritonéales sont des conditions indispensables pour la guérison. L'opération pare à la fois au danger de la tumeur et à celui de la péritonite. Il faut intervenir de bonne heure, dès que la vie du sujet est menacée, et agir radicalement.

» La *péritonite par rupture de collections kystiques ou enkystées* est plus ou moins grave suivant la nature et le contenu de ces tumeurs. Sa thérapeutique doit être en rapport avec sa gravité. Certaines péritonites légères, consécutives à la rupture de kystes paraovariques ou ovariques séreux, n'impliquent aucune intervention active ; d'autres, résultant de la rupture de kystes hématiques, gélatineux, purulents ou de tumeurs de nature nettement inflammatoire, exigent une action énergique et immédiate. La laparotomie avec ablation de la tumeur, toilette péritonéale soignée, est une opération convenable. Dans ces conditions, la péritonite, loin d'être une contre-indication opératoire, est une indication formelle, absolue. Elle seule permet de sauver la vie du patient. On pourra la tenter même à toute extrémité. Le résultat sera d'autant plus favorable que l'opération sera plus complète et plus hâtive.

» La *péritonite par étranglement herniaire* comporte une intervention immédiate, la kélotomie. La présence d'un épanchement sanieux ou purulent dans la cavité abdominale semble indiquer le drainage par l'ouverture du sac de la hernie et quelquefois des lavages détersifs et antiseptiques de l'abdomen. Les péritonites généralisées, diffuses, menaçant gravement l'existence du sujet, ressortiraient peut-être de la laparotomie. La probabilité d'une perforation intestinale, inabordable par la herniotomie, constituerait une indication

supplémentaire en faveur d'une incision abdominale médiane à la fois exploratrice et thérapeutique.

» La *péritonite par occlusion intestinale* implique une laparotomie immédiate. Celle-ci visera alors autant l'occlusion que la péritonite qu'elle a produite. Cette proposition, adoptée par la majeure partie des chirurgiens, semble n'avoir besoin d'aucune démonstration.

» La *péritonite non purulente*, rare d'ailleurs, ne réclame généralement qu'un traitement médical ou un traitement chirurgical extrêmement réservé. La ponction, souvent superflue, suffit dans les épanchements abondants. Les injections modificatrices semblent plus nuisibles qu'utiles.

» La *péritonite purulente généralisée* donne, par l'expectation simple, des résultats déplorables. Elle exige, le plus souvent, un traitement chirurgical. Celui-ci paraît inutile quand la péritonite est la manifestation d'une septicémie générale ; il semble généralement efficace dans les conditions opposées. Le résultat est d'autant plus favorable que l'intervention est plus hâtive. Cette intervention présente plusieurs modes opératoires offrant des indications particulières. Les ponctions évacuatrices, les ponctions suivies du drainage ou de lavages détersifs ou antiseptiques, l'incision ombilicale donnent quelquefois, chez les enfants surtout, des résultats rapides et satisfaisants. Dans les cas graves, sans tuméfaction localisée, chez les adultes en particulier, la laparotomie suivie de toilette péritonéale, accompagnée ou non de drainage, paraît nettement indiquée, principalement quand le contenu péritonéal est épais, granuleux ou extrêmement septique.

***

260.— Prurigo.— Voici une lotion, formulée par Vidal, et qu'on n'emploie que lorsque le prurigo est très vif :

Eau	200 gr.
Hydrolat de laurier-cerise	50 gr.
Chloral	5 à 10 gr.

Dans certains cas, on réussit mieux à calmer le malade avec des lotions d'eau chloroformisée (1 gr. de chloroforme pour 100 gr. d'eau).

On peut employer aussi des onctions avec les pommades morphinées comme les recommande M. Hardy :

Axonge	300 gr.
Morphine	5 à 10 cent.

et des lotions avec une solution de bromure de potassium ou avec de l'eau chaude additionnée d'un quart d'alcool camphré.



261. — Traitement de la Perlèche, affection parasitaire de l'enfance. — Le Dr Lemaistre a attiré l'attention sur une affection sans gravité, mais contagieuse, qu'il a observée chez les enfants des écoles. Cette affection est inconnue à Paris. En province, elle est plus commune.

Dans le Limousin, où elle est plus fréquente qu'ailleurs, elle a reçu des habitants le nom de Perlèche à cause de la sensation de cuisson qui porte les enfants à *pourlécher* les lèvres, ou celui de *bridou*, parce que les commissures des lèvres sont comme *bridées*. En effet, c'est au niveau de ces commissures que la maladie débute et se cantonne. Tout d'abord, l'épithélium devient blanchâtre, se macère et se détache ; la lésion se propage ensuite à la surface cutanée des commissures. Les couches épidermiques superficielles sont seules atteintes ; on observe parfois des fentes linéaires dans le sens des plis commissuraux, et il se produit de petites hémorrhagies quand l'enfant ouvre largement la bouche.

La durée de la maladie ne dépasse pas quinze jours à un mois ; néanmoins elle dure quelquefois plus longtemps, grâce au phénomène d'auto-inoculation.

Le traitement de la perlèche est des plus simples ; les attouchements des commissures avec le sulfate de cuivre ou l'alun sont très efficaces ; l'acide borique est sans action. M. Lemaistre conseille, comme moyen prophylactique, le nettoyage minutieux des seaux et des cruches ; il recommande encore de flamber ces ustensiles avec des copeaux de bois ou de les laver à l'eau bouillante. Il faut éviter avec soin que les enfants boivent dans les vases dont se servent ceux de leurs camarades qui sont atteints.



262.— Les métrites chroniques ; leur traitement.— Le professeur Laroyenne, de Lyon, donne les indications suivantes relatives au traitement des métrites chroniques, qui très fréquemment s'accompagnent de phlegmasies péri-utérines.

En face d'uneinflammations péri-utérine qui ne s'est pas encore abcédée, vous me.voyez régulièrement prescrire : le repos au lit, les vésicatoires volants fréquemment renouvelés, la cautérisation sur les parois abdominales avec de la pâte do Vienne, les irrigations chaudes et les pilules hydrargyriques.

Les vésicatoires volants soulagent très vite les malades, quand le pus n'est pas encore formé ; même dans ce dernier cas, ils peuvent encore procurer un soulagement temporaire ; quelquefois cependant, l'application d'un vésicatoire s'accompagne de très vives douleurs, mais c'est l'exception.

Les irrigations chaudes sont toujours à essayer ; mais on s'arrêtera si les malades ne les supportent qu'avec trop de peine. Il sera bon de tenter aussi de grands bains chauds, de vingt minutes de durée, dans lesquels on pourra faire fondre 4 à 5 kilogrammes de gros sel de cuisine. Quant aux pilules mercurielles, elles sont très employées en Angleterre. D'après les auteurs anglais, elles agiraient surtout en décongestionnant le foie et, par là, les organes du petit bassin.

Ce traitement, rigoureusement suivi et commencé de bonne heure, suffit souvent à arrêter l'inflammation et à en faciliter la résolution ; mais aussi, il arrive que, soit parce qu'il est entrepris trop tard, soit parce qu'il est impuissant, le pus se forme et se collecte en abcès. Il faut alors ouvrir cet abcès.

Les malades éprouvent toutes après l'opération un soulagement très prononcé: les unes guérissent complètement, d'autres conservent leurs indurations inflammatoires compliquées ou non de la persistance d'une poche réduite, mais non complètement effacée, fermée ou fistuleuse ; elles gardent aussi des douleurs qui sont toujours loin d'égaler celles qui existaient avant l'intervention et qui l'ont motivée.

Doit-on, en face d'une inflammation péri-utérine qui la complique, traiter la métrite concomitante ? Non. Mieux vaut attendre la disparition du processus inflammatoire. Cependant, ce précepte n'est pas absolu, et quand on ne trouve plus aucun signe d'inflammation active, que les symptômes de la métrite sont par eux-mêmes douloureux et gênants, on est autorisé à pratiquer l'amputation du col. Cet organe, diminué de longueur, échappera plus facilement aux diverses pressions qui exercent des tiraillements douloureux et réveillent l'inflammation.

***

263. — Désinfection des mains. — Le Dr Duclos donne ainsi qu'il suit un excellent conseil de pratique antiseptique.

Chacun sait qu'après certaines autopsies (péritonite puerpérale, fièvre typhoïde, etc.), certains touchers (cancer de l'utérus), les doigts restent imprégnés, pendant de longues heures, d'une odeur fétide, dont les lavages répétés ne peuvent qu'à grand'peine les débarrasser. En pareil cas, on se borne généralement à masquer une odeur par une autre (acide phénique, vinaigre, etc.). Il est cependant un procédé très simple et absolument inoffensif, pour enlever *instantanément* toute fidétité. C'est ce procédé, dont je fais usage depuis longtemps déjà dans mon service, que je désire porter à la connaissance de vos lecteurs.

Il consiste dans l'emploi du permanganate de potasse et du bisulfite de soude ; primitivement j'employais au lieu de bisulfite l'acide chlorhydrique ; mais le bisulfite est beaucoup plus efficace et plus facile à manier. La solution de permanganate, dont je fais habituellement usage, est titrée à 5 pour 1,000 ; mais on peut sans inconvénient employer des solutions beaucoup plus chargées. Maintes fois, j'ai employé des solutions à 5 pour 100. La solution de bisulfite est la solution du commerce, diluée au cinquième environ. Ici encore on peut sans inconvénient faire varier, dans des limites très étendues, le titre de la liqueur.

Voici maintenant la manière d'opérer. On commence par se nettoyer soigneusement au savon, pour enlever les matières grasses qui s'opposeraient au contact des antiseptiques. Ceci fait, on se lave les mains dans la solution de permanganate, en ayant soin de frotter. Au contact des mains, la solution se décompose et laisse sur la peau une couche brune très adhérente de peroxyde de manganèse. Suivant la concentration de la liqueur et le temps employé (deux minutes suffisent) la coloration brusque varie d'intensité. Quand on juge la teinte suffisamment foncée, il suffit, pour l'enlever, de mettre quelques instants les mains dans la liqueur de bisulfite. La décoloration est immédiate et la désinfection absolue. Les doigts sentent alors un peu l'acide sulfureux ; mais le moindre lavage à l'eau le fait disparaître aussitôt.

Outre l'avantage qu'offre ce procédé d'enlever l'odeur répugnante qui s'attache aux doigts, après certains touchers, je crois qu'il pourrait rendre service aux chirurgiens et accoucheurs, dans le cas où une purification rigoureuse des mains semble nécessaire. Les deux subs-

tances employées sont, en effet, toutes deux des antiseptiques très énergiques, et *a priori*, je serais tenté de croire la désinfection par ce moyen plus sûre que par le sublimé ou l'acide phénique. Je ne veux pas, du reste, faute d'expérience suffisante, insister sur ce point. Je me borne à garantir ce que j'ai constaté, à savoir : l'innocuité absolue et l'efficacité de ce procédé pour désodoriser les mains souillées par des matières putrides.



264. — De l'emploi du sublimé dans les irrigations vaginales ou intra-utérines. — Le Dr Braun, en se basant sur un grand nombre d'observations, formule les conclusions suivantes :

1° Les irrigations vaginales ou intra-utérines, pratiquées avec une solution de sublimé, sont facilement suivies d'une résorption du liquide injecté ;

2° En cas de résorption, le mercure peut être constaté très rapidement dans les matières fécales ;

3° S'il existe un obstacle à la sortie du liquide qui a servi pour l'irrigation, la résorption peut survenir avec une rapidité extrême ;

4° La solution de sublimé à 1 pour 1,000 ne doit être employée que dans les cas graves : dans la tympanite de l'utérus, la putréfaction du fœtus dans la cavité utérine, dans la fièvre puerpérale septique. Dans tous ces cas, l'irrigation ne doit pas dépasser la durée d'une minute, et il importe de la faire suivre d'une injection abondante d'eau distillée ;

5° Le sublimé en solution à 1 pour 4,000 ne doit être injecté que dans les cas d'expulsion de fœtus en état de macération, dans l'endométrite *sub partu* à la suite de l'expulsion du fœtus, dans les accouchements prématurés ;

6° La même solution de sublimé (4 pour 1000) peut encore servir dans l'endométrite puerpérale qui s'accompagne d'un écoulement vaginal fétide. Ici encore, l'irrigation doit être suivie d'une injection d'eau simple ;

7° Les irrigations de sublimé doivent être faites par le médecin et non point par la sage-femme ou la garde-malade ;

8° L'irrigateur doit être soumis à une faible pression et la durée de l'irrigation aussi courte que possible ;

9° Il importe que les mains, les organes génitaux externes et les instruments qui servent à l'irrigation soient d'une propreté absolue ;

10° Les irrigations de sublimé seront proscrites, ou au moins pratiquées le moins possible chez les femmes qui présentent des plaies étendues au niveau de la vulve, chez celles qui ont absorbé antérieurement des préparations mercurielles, dans les cas d'atonie de l'utérus, également chez les personnes anémiques et enfin chez celles qui sont atteintes d'affections rénales.



265. — Le phosphure de zinc dans les métrorrhagies habituelles et dans celles de la ménopause. — Le phosphure de zinc est un des plus puissants régulateurs des fonctions utérines, et il mériterait d'être plus employé encore qu'il ne l'est, du moins en France.

Dans l'aménorrhée, la dysménorrhée, les hémorrhagies ne tenant pas à une cause organique, nul médicament ne saurait lui être comparé.

Le Dr Raymondet signale trois cas de métrorrhagies habituelles chez une jeune fille et deux femmes, et deux cas de métrorrhagies de la ménopause guéries par l'emploi du phosphure de zinc cristallisé, 6 granules par jour, chaque granule contenant 4 milligrammes de sel, soit 1/2 milligramme de phosphore actif.

Dans la métrorrhagie habituelle, le phosphure de zinc était administré 10 jours avant l'époque présumée des règles, et on y revint trois mois de suite.

Dans les cas de ménopause, l'administration fut continuée pendant deux mois, et reprise quelques mois après dans un cas, à la suite d'une rechute qui ne se renouvela plus.



266. — Le sublimé dans la diphthérie. — Le Dr Werner, dans un journal allemand, signale les effets merveilleux du sublimé administré dans l'espace de 24 heures à la dose de 0,015 milligr. à 0,04 centigr. dans 12 à 200 gr. d'eau.

En même temps le cou est frictionné 3 à 4 fois par jour avec de l'ichtyol. — Régime lacté exclusif, ni vin, ni aliments sucrés. Sur

quinze enfants traités de cette façon, il n'y eut pas un seul cas de mort. Suivant Werner, le sublimé aurait une action manifestement reconstituante ; il possèderait en outre la propriété de détruire, sur son passage, tous les éléments pathogènes et mettrait ainsi obstacle au développement des diverses complications de cette maladie. Le traitement doit être institué dans les trois premiers jours de la maladie.



267. — Incompatibilité du chloral et du bromure de potassium. — Ces deux médicaments sont très souvent employés par les gynécologues et l'on pourrait quelquefois être tenté d'administrer simultanément le chloral et le bromure de potassium. On aurait tort. — Le docteur Marttel, dans le *Journal de médecine de Paris*, relate, en effet, diverses expériences d'où il résulte que le chloral reste à la surface de la potion qui contient déjà du bromure de potassium, et on risquerait, en oubliant d'agiter le flacon, de prendre une trop forte dose de chloral et pas de bromure. — L'union de ces deux médicaments ne nous paraît pas d'ailleurs très correcte au point de vue des conséquences physiologiques ou thérapeutiques.



268. — Injection sous-cutanée contre la ménorrhagie. — Pour combattre les accidents ménorrhagiques, le Dr Dujardin-Beaumetz conseille l'injection de 2 grammes de la solution suivante :

Extrait d'ergot d'Yvon........................	1 gr. 20
Eau distillée.....................................	8 gr. 80



269. — Traitement des convulsions des enfants. — Le Dr J. Simon signale l'indigestion comme la cause la plus fréquente des convulsions chez les enfants jusqu'à l'âge de 2 ans, quand toutefois ces convulsions ne sont pas accompagnées de fièvre.

Dès que l'on est appelé auprès d'un enfant qui a des convulsions, il faut de suite lui administrer un lavement purgatif et un vomitif (sirop

d'ipéca mélangé à de la poudre d'ipéca) aussitôt que le trismus des mâchoires permet de faire prendre cette substance par la bouche.

Si les convulsions persistent, il ne faut pas d'excitant sur la peau, pas de vésicatoires, pas de sinapismes. Prescrire alors des inhalations d'éther à plusieurs reprises, puis une potion ainsi composée :

Bromure de potassium................	1 gramme
Musc......................................	0 gr. 20.
Hydrolat de tilleul......................	} ââ 50 grammes.
— de fleur d'oranger	
Sirop simple............................,	20 —

F. s. a.

A donner par cuillerées à café, de quart d'heure en quart d'heure. Si les convulsions ne s'arrêtent pas, on administre un lavement au chloral (0 gr. à 1 gr. de chloral dans un jaune d'œuf).

Si les convulsions se calment, on constate de deux choses l'une, ou l'enfant a de la fièvre, ou il n'en a pas. Si les convulsions continuent et que l'enfant n'ait pas la fièvre, on prend de la farine de moutarde délayée à froid et on la verse dans de l'eau chaude ; on y maintient l'enfant pendant quelques instants, et on le replonge dans ce bain sinapisé, si les accidents ne s'arrêtent pas.

Si l'enfant a de la fièvre, on ne lui administre pas ce bain sinapisé.

Les convulsions persistant, on enveloppe ensuite l'enfant dans des bottes de ouate, de façon à lui faire prendre un bain de vapeur constant.

On prescrira une alimentation légère, du lait coupé, du bouillon coupé, etc., etc., sinon l'on ne manquerait pas de produire une nouvelle attaque de convulsions consécutive à une indigestion.



270. — Traitement de la migraine.— Le Dr Dujardin-Beaumetz conseille, dans les cas de migraine, l'emploi du sirop suivant qu'il administre à la dose de trois à quatre cuillerées à bouche par jour.

Teinture de gelsemium.	50 gr.
Sirop simple.	1000 gr.

Chaque cuillerée de ce sirop représente 0 gr. 05 centigrammes de poudre de racine de gelsemium.



271. — Stérilisation des solutions hypodermiques. — Dans un récent article publié dans *Pharm. Zeit.*, le Dr Pothl, de Saint-Pétersbourg, en admettant la nécessité de préparer des solutions alcaloïdiques pour les injections hypodermiques pouvant se conserver sans bactéries ou ferments, fait remarquer que ces solutions sont généralement préparées sans aucune précaution antiseptique.

« Le simple fait, dit-il, de filtrer une solution à travers le papier, est la cause que le liquide filtré renferme plus de microorganismes que le liquide non filtré. » Ceci peut se comprendre fort bien, car on trouve tout à la fois dans l'eau et dans le papier qu'on emploie les conditions dans lesquelles les solutions peuvent devenir septiques. Le docteur Hager recommande, entre autres précautions, de n'employer que de l'eau deux fois distillée, pour la débarrasser de toute trace de matière volatile.

Cependant, il est nécessaire d'ajouter que les alcaloïdes eux-mêmes favorisent le développement de certaines formes de bactéries et qu'il faut employer d'autres précautions que de ne se servir que d'eau deux fois distillée.

On a préconisé l'addition d'acide salicylique ou d'acide borique ; mais ces substances donnent lieu à des objections au point de vue médical.

On a prescrit de faire bouillir les solutions pour les stériliser. Mais on a remarqué qu'on décomposait ainsi certains alcaloïdes.

Un procédé qui, entre les mains de l'auteur, a donné d'excellents résultats, et qui ne prête pas aux objections précédentes, est le suivant :

On additionne à peu près de 1 0/0 de chloroforme pur une eau qui a été distillée deux fois sur un mélange de 2 0/0 de soude caustique et de permanganate de potasse. On doit rejeter les premières parties qui distillent, en les essayant avec le réactif de Nessler, qui indique la présence de l'ammoniaque. On ajoute alors le sel alcaloïdique et la solution est chauffée, dans un ballon muni d'un thermomètre, à la température de 60 à 62° jusqu'à ce que toute trace de chloroforme,

ait disparu. La solution est ensuite filtrée sur un papier préparé spécialement pour cet usage et qu'on a stérilisé en le chauffant à 125-130° pendant au moins une heure. On ajoute ensuite une quantité suffisante d'eau redistillée pour obtenir la solution voulue. Les bouchons doivent être lavés dans l'eau distillée et séchés également à 125-130°. Les vases sont lavés aussi avec cette même eau et desséchés de la même façon.

Des solutions préparées ainsi ont pu être conservées pendant des mois entiers sans montrer aucun signe d'altération.



272. — Emploi de l'iodure de potassium dans la broncho-pneumonie des enfants. — Le Dr Zinnes a publié sur cette question dans *Archiv. dipathol. infant*, n° 3, 1886, un travail qui se résume ainsi : L'iodure de potassium ne doit pas être donné aux enfants au-dessous d'un an, ni à ceux dont la constitution est affaiblie. Il agit beaucoup mieux dans les cas subaigus que dans les cas aigus. A la dose de 10 à 25 grammes (?) dans les 24 heures, il abaisse la température, diminue la fréquence de la respiration, rend la toux plus humide et favorise l'expulsion des mucosités. S'il n'y a pas d'amélioration au bout de 3 ou 4 jours, il ne faut pas continuer le traitement.



273. — La pilocarpine dans les convulsions puerpérales.— Le docteur M'Keough cite, dans le *Canadian Pract.*, trois cas de convulsions puerpérales dans lesquels il a employé la pilocarpine. De ces expériences, il tire les conclusions suivantes : Lorsque le coma est profond et qu'il a éteint toute action des centres réflexes, la pilocarpine est un agent dangereux par suite de l'impossibilité dans laquelle se trouve le malade de rejeter l'énorme quantité de sécrétions bronchiales et de salive qui obture les passages de la respiration. Mais quand le médecin est appelé avant que le malade ait eu des convulsions, lorsque le poison n'a pas entièrement supprimé l'action des centres réflexes, quand le malade est en partie conscient et que la crise est imminente, la pilocarpine est, d'après l'auteur, un auxiliaire des plus utiles dans le traitement de cette maladie.



274. — Intoxication par l'iodoforme.— L'iodoforme est un médicament qui tend à prendre une place de plus en plus grande en gynécologie ; aussi est-il intéressant de signaler ici les remarques faites par le Dr Eldridge sur l'intoxication produite par cette substance.

A l'exemple de Nussbaum, il divise les cas d'intoxication en trois groupes, suivant la gravité des symptômes.

Les premiers se bornent à la perception de l'odeur et de la saveur de l'iodoforme.

Les seconds sont caractérisés par une anorexie marquée et souvent par des troubles de l'intelligence portés à un haut degré, état qui peut persister pendant plusieurs semaines.

Le troisième groupe comprend les effets qui se produisent deux ou trois jours après les applications de l'iodoforme ; le malade devient apathique et perd toute conscience. Le pouls est plein, précipité, la respiration haletante, la température subnormale, le patient attire à lui ses couvertures. Dans ce cas, ni le chloral, ni la morphine ne réussissent, pas plus que les stimulants, et la mort survient après quelques heures ou quelques jours.

Dans les cas moins graves et plus chroniques, on remarque une céphalalgie continuelle, l'élévation de la température, l'insomnie, le délire, l'émaciation, la pâleur, les nausées, les vomissements et une éruption papilleuse ou érythème affectant la surface entière du corps.

Pour prévenir ces résultats désastreux, le docteur Eldridge, rappelant les nouveaux remèdes, recommande de n'appliquer l'iodoforme que sur les plaies récentes ou malsaines ou sur les surfaces tuberculeuses, et encore en couche très mince.

Quand on voit apparaître les granulations saines, il faut cesser l'emploi de l'iodoforme ; et, s'il survient des symptômes d'intoxication ou même avant leur apparition, il faut administrer à l'intérieur les alcalis et les acides végétaux.

Dans les cas bien tranchés, il préconise les transfusions d'une solution de sel marin. En même temps, il fait soigneusement laver les plaies, les recouvrir d'une solution alcaline et, plus tard, de magnésie en poudre.

***

275. — Traitement des maladies de matrice par les liquides, et suppression des cautérisations. Traitement des vomissements des femmes enceintes par l'application d'un anesthésique liquide. Guérison des pertes blanches par un traitement local. — M. Gairal père (de Carignan), considérant que les cautérisations du col de l'utérus causent parfois des accidents plus ou moins graves, propose de substituer à ces cautérisations des liquides appropriés à la nature de la maladie, en maintenant ces liquides en contact permanent avec la partie affectée comme topique interne.

Pour obtenir ce résultat, il se sert d'un appareil qu'il appelle cuvette utérine. Ce petit appareil peut servir pour calmer les vomissements incoercibles des femmes enceintes en soutenant la matrice devenue trop lourde et en calmant la susceptibilité par le contact permanent d'un anesthésique liquide, ces vomissements étant pour lui d'ordre réflexe dont le point de départ ne peut être que dans la matrice.

Abordant ensuite la question des pertes blanches, M. Gairal dit que, quoique les gynécologistes ne soient pas d'accord sur la nature de ces affections, les uns ne les considérant que comme symptomatiques, et d'autres comme maladie proprement dite, ils leur opposent, les uns et les autres, le même traitement, soit un traitement général, tandis que, pour M. Gairal, les pertes blanches restant toujours une maladie proprement dite, il les traite localement par une méthode spéciale basée sur la disposition de la muqueuse vaginale et l'emploi d'une poudre végétale spécialement charbonneuse introduite avec un petit insufflateur particulier.

FORMULAIRE

—

De la valeur thérapeutique de la cotoïne dans l'entérite glaireuse et pseudo-membraneuse chez les malades atteintes d'affections utérines. (J. Chéron.)

Une des complications les plus habituelles des affections utérines est représentée par l'entérite dite glaireuse ou pseudo-membraneuse, en vertu de l'axiome sur lequel insistait Courty : « Lorsque l'utérus

est malade, la vessie et le rectum ne tardent pas à prendre part à cette altération morbide. »

L'ensemble des moyens préconisés donne assurément de bons résultats. L'acide picrique et le tannin sont, entre tous, les meilleurs modificateurs de cette complication.

Il y a quelques années, on a importé de la Bolivie en Europe, l'écorce d'un arbre de la famille des Laurinées, le Coto Verum. Cette écorce contient quelques principes immédiats, la cotoïne, la paracotoïne, l'hydrocotoïne, la leucotine, etc., parmi lesquels la cotoïne seule est à signaler à l'attention des médecins.

Elle est soluble dans l'eau chaude, le sulfure de carbone, l'éther, le chloroforme et l'alcool. Elle a l'aspect d'une poudre grossière et jaunâtre, ayant quelque ressemblance avec le tannin.

A petites doses, la cotoïne stimule l'appétit, traverse l'estomac sans s'y altérer et ne se dissout que dans les liquides de l'intestin. Ajoutez à cette propriété celle de prévenir les fermentations et de les arrêter, et l'on comprendra le parti que l'on peut tirer de l'emploi de cette substance dans le traitement d'une maladie de la nature de l'entérite glaireuse, surtout si on se rappelle les effets vaso-moteurs puissants de cette substance, qui congestionne vivement la muqueuse intestinale, et qui par son action intermittente tend à en modifier la texture.

La cotoïne s'emploie à la dose de 30 à 50 centigrammes par jour, en cachets de 10 centigrammes.

Cotoïne.......................... 2 grammes.
en 20 cachets.

Prendre deux à cinq par jour avant les repas ou trois heures après. Il est bon de ne faire usage que d'un cachet à la fois.

Sous l'influence de l'emploi de ce médicament les selles deviennent de moins en moins glaireuses, les douleurs qui les accompagnent s'atténuent progressivement et la guérison s'obtient plus rapidement et d'une façon plus durable avec ce moyen qu'avec tout autre.

La cotoïne n'est probablement qu'un tannin, et plus nous avançons dans l'étude de la thérapeutique, plus nous devons rester convaincus que les différents tannins n'agissent pas tous de la même manière et ne sont pas tous également bien supportés par les voies digestives.

La cotoïne présente ce grand avantage d'être bien tolérée par l'estomac, ce qui permettrait d'en élever la dose.

Directeur-Gérant, Dr J. CHÉRON.

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

Dr Chadurie?

A

B

C

D

E

F

TABLE ALPHABÉTIQUE

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

